

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / terveydenhoitotyö

Elli-Ilona Pallaskallio & Susa Perätalo

SAIRAS LAPSI PÄIVÄHOIDOSSA - KUVAILEVA TUTKIMUS KOUVOLAN
KAUPUNGIN VARHAISKASVATUSHENKILÖSTÖN NÄKEMYKSISTÄ
LASTEN PITKÄAIKAISSAIRAUKSIEN HOIDOSTA PÄIVÄKODISSA

Opinnäytetyö 2014

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

SUSA PERÄTALO &

ELLI-ILONA PALLASKALLIO

Sairas lapsi päivähoidossa - Kuvaileva tutkimus Kouvolan kaupungin varhaiskasvatushenkilöstön näkemyksistä lasten pitkäaikaissairauksien hoidosta päiväkodissa

Opinnäytetyö

73 sivua + 20 liitesivua

Työn ohjaaja

Lehtori Liisa Korpivaara

Toimeksiantaja

Kouvolan kaupunki

Toukokuu 2014

Avainsanat

lapset, päiväkotito, sairaus, lääkehoito, allergia, astma, nuoruustyyppin diabetes, epilepsia

Päivähoidon kannalta merkittävimmät lasten pitkäaikaissairaudet, jotka vaativat varhaiskasvatushenkilöstöltä lääkehoidon osaamista sekä ensiaputaitojen hallitsemista, ovat allergia, astma, tyyppin 1 diabetes sekä epilepsia. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata varhaiskasvatushenkilöstön omaa näkemystä kyvyistään hoitaa pitkäaikaissairaita lapsia päiväkodissa sekä heidän taidoistaan tunnistaa ja hoitaa näihin sairauksiin liittyviä ensiaputilanteita. Lisäksi tutkimuksessa keskitytään selvittämään, miten varhaiskasvatusorganisaatio tukee työntekijöitään pitkäaikaissairaiden lasten hoidossa ja minkälaisia ongelmia varhaiskasvatushenkilöstö on kokenut yhteistyössä pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa.

Tutkimusaineisto kerättiin maaliskuun 2014 aikana sähköisellä kyselyllä ja kyselyyn vastasi 94 Kouvolan kaupungin päiväkodin varhaiskasvatushenkilöä. Aineisto analysoitiin määrällisellä tutkimusotteella Excel- ja SPSS-ohjelmistoja käyttäen. Saatua tuloksia tarkasteltiin muun muassa päivähoitoalueittain ristiintaulukoimalla.

Tutkimustulokset osoittivat, että varhaiskasvatushenkilöstöllä on paljon tietämystä allergisista sairauksista, astmasta, tyyppin 1 diabeteksesta sekä epilepsiasta. Lähes jokainen vastaaja oli työuransa aikana hoitanut pitkäaikaissairasta lasta päiväkodissa. Ensiaputilanteissa osattiin toimia hyvin ja yhteistyö pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa sujui pääosin ongelmitta. Vastauksista kävi selvästi ilmi, että suurin osa vastaajista kokisi lisäkoulutuksen lasten yleisimmistä pitkäaikaissairauksista hyödyllisenä. Varhaiskasvatusorganisaatio tukee pääosin hyvin pitkäaikaissairaiden lasten hoitoa päiväkodissa, mutta henkilöstömitoituksessa tai lapsiryhmän koossa pitkäaikaissairaat lapset voitaisiin huomioida vastaajien mukaan vielä paremmin sekä lisäperehdytystä lääkehoitoon kaivattaisiin. Saadut vastaukset on osin esitetty päivähoito alueittain jaettuna, jotta tutkimuksen tilaajan olisi helpompi kohdentaa mahdollisia tässä työssä esiin tulevia kehittämistarpeita.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

SUSA PERÄTALO &

ELLI-ILONA PALLASKALLIO

Sick Child in Day Care - a descriptive survey study of
taking care of children with chronic disease from the day
care centers personnel's point of view in the city of
Kouvola

Bachelor's Thesis

73 pages + 20 pages of appendices

Supervisor

Liisa Korpivaara, senior lecturer

Commissioned by

City of Kouvola

May 2014

Keywords

child, chronic disease, day care, medication, allergy,
asthma, type 1 diabetes, epilepsy

The most common chronic diseases in children in Finland having an effect on day care routines are allergy, asthma, type 1 diabetes and epilepsy. The purpose of this Bachelor's thesis was to describe the appearance of these diseases in the daily routines of day care and the ways the day care organization supported its personnel in this challenge. The study also focused on day care personnel's own view on their ability to take care of children with chronic diseases, their ability to recognize and treat medical emergencies of these diseases and their desire for more training on the subject. The last subject dealt with cooperation with the parents.

The empirical data was collected during April 2014 and 94 day care center workers answered the survey. The study was carried out as an electronic survey and was analyzed with quantitative methods using Excel- and SPSS-software. Cross tabulation was used to separate the respondents from various day care areas.

The results showed that there was a lot of knowledge about the most common chronic diseases in children among the day care personnel, and nearly everyone had taken care of a child with a chronic disease. Nevertheless, there was a lot of desire for more education. Some wanted to refresh their knowledge on the disease itself and some on the equipment used to monitor or to treat the disease. According to the study not all of the respondents were happy with the support of the day care organizations. There were minor deficiencies in the training in medication and in staffing. Handling medical emergencies seemed to be clear for most respondents. Cooperation with the children's parents was mostly trouble-free. The results are also presented by the day care districts so that the possible improvements could be targeted more accurately by the day care organization.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	PÄIVÄHOITO LAPSEN KASVUYMPÄRISTÖNÄ	7
2.1	Päivähoidon lääkehoitosuunnitelma	9
2.2	Kouvolan päiväkotien lääkehoitosuunnitelma	10
2.3	Yhteistyö päivähoidon ja terveydenhuollon välillä	13
3	LASTEN PITKÄAIKAISSAIRAUKSIEN HOITO PÄIVÄHOIDOSSA	15
3.1	Allergiset sairaudet	16
3.1.1	Yliherkkyysnuha ja atooppinen ihottuma	17
3.1.2	Anafylaksia	18
3.1.3	Ruoka-aine allergia	19
3.2	Astma	21
3.2.1	Astman hoito	22
3.2.2	Astmakohtauksen hoito	25
3.3	Tyypin 1 diabetes	26
3.3.1	Hypoglykemia eli matala verensokeri	28
3.3.2	Tyypin 1 diabeteksen hoito	29
3.4	Epilepsia	32
3.4.1	Epilepsian hoito ja kohtauksen ensiapu	33
4	YHTEISTYÖ PITKÄAIKAISSAIRAIDEN LASTEN VANHEMPIEN KANSSA PÄIVÄHOIDOSSA	35
5	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET	37
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	37
6.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	37
6.1.1	Survey- eli kyselytutkimus	38
6.1.2	Kohderyhmä ja tutkimuslomakkeen laadinta	39

6.2	Tutkimusaineiston keruu sähköisesti	40
6.3	Tutkimusaineiston analysointi ja esittäminen	41
7	TULOKSET	42
7.1	Vastaajien taustatiedot	43
7.2	Varhaiskasvatusorganisaation antama tuki pitkäaikaissairaan lapsen hoidossa	44
7.3	Varhaiskasvatushenkilöstön kokemus pitkäaikaissairaiden lasten hoidosta	47
7.4	Ensiaputilanteet liittyen lasten yleisimpiin pitkäaikaissairauksiin	50
7.5	Yhteistyö pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa	54
7.6	Varhaiskasvatushenkilöstön kokemus lisäkoulutuksesta	55
7.7	Yhteenveto tuloksista	56
8	LUOTETTAVUUS	57
9	POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	59
	LÄHTEET	64
	LIITTEET	74

Liite 1. Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön valmiudet ja edellytykset osallistua lääkehoidon toteuttamiseen nykyisten koulutusvaatimusten pohjalta.

Liite 2. Kouvolan lääkehoitosuunnitelma varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa ja aamu- ja iltapäivätoiminnassa

Liite 3. Muuttujataulukko

Liite 4. Kyselylomake

Liite 5. Saatekirje

Liite 6. Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Pitkäaikaissairaudet näyttävät yhä isompaa osuutta lasten päivähoidossa allergioiden, astman ja tyypin 1 diabeteksen koko ajan lisääntyessä. Osa pitkäaikaissairauksista vaatii lääkehoidon osaamista päivähoidon henkilökunnalta hoitopäivän aikana, tai taitoja toimia pitkäaikaissairauteen liittyvässä ensiaputilanteessa. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi anafylaktinen reaktio, astma- ja epilepsiakohtaus sekä verensokerin laskeminen. (Tapanainen & Rajantie 2010, 23 - 24; liite 2.)

Kouvolan kaupungin varhaiskasvatuspalveluja ovat päiväkotitoiminta ja perhepäivähoidon eri muodot (Varhaiskasvatus). Päiväkodissa työskentelee sekä terveyden- että sosiaalihuollon ammattilaisia. Päivähoito on sosiaali- ja terveydenhuollon epätyypillinen lääkehoitoa toteuttava alue. Terveydenhuollon ammattilainen saa koulutuksessaan valmiudet toteuttaa lääkehoitoa, mutta esimerkiksi lastentarhanopettajan yliopisto taseoiseen koulutukseen ei kuulu lääkehoidon opintoja. Tällöin lastentarhanopettajan on saatava toimipaikkakoulutus lääkehoitoon voidakseen toteuttaa lapsen lääkehoitoa hoitopäivän aikana. Työntekijöiden kesken on usein epäselvää, kuka saa antaa lääkettä lapselle hoitopäivän aikana eikä lasten lääkitsemistä koskevia suosituksia tunneta riittävän hyvin (Kouvolan sanomat 2012; STM 2006, 13 - 14). Lupakäytäntöjä ja työnjakoa selventämään sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut lääkehoidon oppaan, jonka pohjalta kuntien tulee laatia oma lääkehoitosuunnitelma. Kunnan lääkehoitosuunnitelmasta sovelletaan päivähoidon lääkehoitosuunnitelmaa ja pitkäaikaissairaalle lapselle tehdään lisäksi oma henkilökohtainen lääkehoitosuunnitelma. (STM 2006, 13 - 14.)

Ihminen on kokonaisuus, ja sairastuminen vaikuttaa aina tähän kokonaisuuteen. Lapsen sairastuminen saattaa aiheuttaa niin hänessä itsessään, vanhemmissa kuin varhaiskasvatushenkilöstössä pelkoa ja ahdistusta. Lasta tulee hoitaa kokonaisuutena, joten hyvä kokonaisvaltainen hoitaminen tarkoittaa pitkäaikaissairaana lapsen kohdalla myös hänen sairautensa huomioimista. Varhaiskasvatushenkilöstöllä on tärkeä rooli tukea pitkäaikaissairaana lapsen normaalia kasvua ja kehitystä hyvässä yhteistyössä vanhempien kanssa. (Heikkilä, Välimäki & Ihalainen 2007, 11 - 12; Lindholm 2004, 24; Lääkehoitosuunnitelma varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa ja aamu- ja iltapäivätoiminna, liite 2.) Tarvittaessa työnantaja on velvollinen perehdyttämään työntekijät päiväkodissa tapahtuvaan lääkehoitoon, mutta vanhemmat ovat aina

vastuussa varhaiskasvatushenkilöstön perehdyttämisestä lapsensa sairauteen liittyvään lääkehoitoon ja hoitovälineisiin. (Päivähoidon allergia- ja astmaohjeisto, 7 - 8; STM 2012.)

Tarkoituksenamme on kuvailla Kouvolan kaupungin varhaiskasvatushenkilöstön kokemusta omista kyvyistään hoitaa lasten yleisimpiä pitkäaikaissairauksia, päiväkotioorganisaation antamasta tuesta hoitaa pitkäaikaissairaita lapsia päiväkodissa sekä millaisena varhaiskasvatushenkilöstö kokee yhteistyön pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa. Tutkimuskysymykset muotoituivat osaksi Päivi Tapanaisen ja Jukka Rajantien laatimasta ”Lasten pitkäaikaissairastavuuden kirjo” -taulukosta. Tässä tutkimuksessa taulukosta on poimittu pitkäaikaissairaudet, jotka näyttäytyvät useimmiten päivähoidon arjessa tarkastellen asiaa lääkehoidon ja sairauksien aiheuttamien ensiaputilanteiden näkökulmasta. (Tapanainen & Rajantie 2010, 23 - 24.) Tutkimuskysymyksiä mietittäessä huomioitiin myös työelämän toiveet. Pitkäaikaissairaudella tarkoitamme tässä työssä allergisia sairauksia, astmaa, tyypin 1 diabetesta ja epilepsiaa.

2 PÄIVÄHOITO LAPSEN KASVUYMPÄRISTÖNÄ

Varhaiskasvatus on tärkeä osa monen suomalaisen lapsen arkea. Lähes puolet suomalaisista lapsista on päivähoidossa ja suurin osa lapsista osallistuu päivähoidossa tai koulussa tapahtuvaan esiopetukseen vuotta ennen koulunalkua (STM 2004, 44.) Varhaiskasvatus määritellään kasvatukselliseksi vuorovaikutukseksi. Sen tarkoituksena on tukea lapsen kehitystä, oppimista, tasapainoista kasvua ja lapsen kotikasvatusta. Varhaiskasvatukseen sisältyy hoitoa, kasvatusta sekä opetusta, ja se on suunnitelmallista toimintaa huomioiden lapsen yksilölliset kehityspiirteet. Keskeisimpiä varhaiskasvatuspalveluja ovat muun muassa päiväkotitoiminta ja perhepäivähoito. (Heikkilä ym. 2007, 11 - 12; Holkeri-Rinkinen 2009, 20.) Varhaiskasvatusta toteuttaa ammattitaitoinen henkilöstö ja lakia sosiaalihuollon henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista sovelletaan päiväkotihenkilöstöön. Päivähoitoon ovat oikeutettuja lapset, jotka eivät ole oppivelvollisuusiässä ja poikkeustilanteissa myös oppivelvollisuusikäiset lapset. (Laki lasten päivähoitosta nro, 2. §.)

Päivähoidossa työskentelee pääosin lastentarhanopettajia (yliopisto tai AMK), lähihoitajia ja lastenhoitajia. Lastentarhanopettajalla tulee olla vähintään kasvatustieteen kandidaatin tutkinto, johon kuuluu lastentarhanopettajakoulutus tai

ammattikorkeakoulututkinto, johon sisältyvät opinnot varhaiskasvatuksesta sekä sosiaalipedagogiikasta. ”*Kelpoisuusvaatimuksena lähihoitajan tehtäviin on tehtävään soveltuva sosiaali- ja terveysalan perustutkinto tai muu vastaava tutkinto*” (Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista nro, 8. §.) Henkilö, joka on suorittanut ennen lain 29.4.2005/272 voimaantuloa tehtävään soveltuvan kouluasteisen sosiaali- tai terveydenhuoltoalan ammatillisen tutkinnon on myös pätevä hoitamaan tehtäviä, joihin edellytetään sosiaali- ja terveysalan perustutkintoa (Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista nro, 16. §), esimerkiksi lastenhoitaja.

Asetuksessa lasten päivähoidossa on määritelty, kuinka monta työntekijää lasta kohden on oltava. 3 - 7-vuotiaita saa olla enintään seitsemän lasta/ työntekijä ja alle kolme vuotiaita enintään neljä lasta/työntekijä. Päiväkodissa tulee olla myös vähintään yksi lastentarhanopettaja enintään 13 osapäivähoidossa olevaa kolmevuotiaista lasta kohden. Päiväkodissa joka kolmannella työntekijällä tulee olla lastentarhanopettajan pätevyys. (Asetus lasten päivähoidosta nro, 6. §; Asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista nro, 4. §, 5. §.) ”*Jos päiväkodissa on yksi tai useampia erityisen hoidon ja kasvatuksen tarpeessa olevia lapsia, on tämä otettava huomioon hoidettavien lasten lukumäärässä tai hoito- ja kasvatustehtävään osallistuvien henkilöitten lukumäärässä, jollei päiväkodissa ole tällaista lasta varten erityistä avustajaa*” (Asetus lasten päivähoidosta nro, 6. §). Lapsi voi tarvita erityistä tukea esimerkiksi fyysisen tai sosiaalisen kehityksen osa-alueilla ja tuen tarpeen kesto vaihtelee. Arvioitaessa lapsen erityistä tuen tarvetta, tulee lähtökohtana olla sekä vanhempien että hoitohenkilöstön havaintojen yhteinen tarkastelu ja tarvittaessa asiantuntijan lausunto. Esimerkiksi insuliinihoitoinen diabetes vaatii varhaiskasvatushenkilöstöltä koko hoitopäivän ajan erityistä seurantaa ja tarkkailua (STM 2012.)

Suurin osa lapsista osallistuu päivähoidossa tai koulussa tapahtuvaan esiopetukseen vuotta ennen koulunalkua ja noin puolet Suomen lapsista on kunnan järjestämässä päivähoidossa (STM 2004, 44). Vuonna 2012 Kouvolan kunnan järjestämässä päivähoidossa (päiväkoti, perhe- ja ryhmäperhepäivähoito) kokopäivähoidossa 0 - 6-vuotiaita lapsia oli 40,6 % vastaavan ikäisestä väestöstä (THL 2014b). Kouvolan päiväkodeissa lapsia oli hoidossa vuonna 2012 yhteensä 1840 (THL 2014a). Kouvolan päivähoitoalueet on jaettu Eteläiseen, Keskiseen ja Pohjoiseen alueeseen. Eteläinen

alue käsittää Elimäen kirkonkylän ja Anjalankosken. Keskiseen alueeseen kuuluvat entinen Kouvolan alue, Utti, Kaipiainen ja Korja. Pohjoinen alue käsittää Jaalan, Kuusankosken ja Valkealan. (Päiväkodit alueittain.) Kouvolan kaupungin varhaiskasvatuspalvelut käsittävät päiväkotihoidon, perhepäivähoidon, esiopetuksen ja perhepuistotoiminnan sekä lastenhoidon tuet (Varhaiskasvatus). Päiväkoteja Kouvolan alueella on noin 40. Kouvolaassa on myös vuorohoitoa tarjoavia päiväkoteja. (Päiväkotien kotisivut).

2.1 Päivähoidon lääkehoitosuunnitelma

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut vuonna 2006 valtakunnallisen oppaan lääkehoidon toteuttamisesta terveydenhuollon toimintayksiköissä sekä sosiaalihuollon toimintaympäristöissä. Oppaan tarkoituksena on muun muassa yhtenäistää lääkehoidon käytäntöjä ja selventää vastuunjakoa. (STM 2006, 3.) Lääkehoitoa joudutaan toteuttamaan lääkehoidon epätyypillisillä alueilla sosiaalihuollossa, kuten päiväkodeissa. Sosiaalihuollossa työntekijöiden peruskoulutus ei aina sisällä lääkehoidon opintoja ja lupakäytännöt lääkehoidosta ovat vaihtelevia. Tämä aiheuttaa epäselvyyksiä siihen, minkälaista koulutusta lääkehoidon toteuttamiseen tarvitaan ja kuka saa lääkehoitoa toteuttaa. (STM 2006, 13 - 14.)

Lääkehoito-oppaan pohjalta sosiaali- ja terveysministeriön kuntainfossa 5/2012 on tarkennettu pitkäaikaissairaiden lasten lääkehoidon turvallista toteuttamista päivähoidossa. Päivähoidon johdon vastuulla on laatia päivähoitoyksikköön sopiva lääkehoitosuunnitelma, joka pohjautuu kunnan terveyden- ja sosiaalihuollon lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee näkyä ohjeet lääkkeiden säilyttämisestä, lääkehoidon vaikutusten seuraamisesta, lääkehoidon toteutuksesta ja toiminnasta lääkehoitopoikkeaman sattuessa sekä lääkehoidon toteuttajien vastuista, osaamisen varmistamisesta ja lääkkeenantoluvista. Suunnitelmassa tulee näkyä myös terveydenhuollon yhteyshenkilö, joka vastaa lääkehoidon toteuttamisen perehdytyksestä ja sen järjestämisestä. Lääkehoitoa tarvitseville lapsille laaditaan lisäksi erikseen henkilökohtainen lääkehoitosuunnitelma. Vanhempien kanssa sovitaan siitä, miten lapsen erityistarpeet otetaan huomioon. Laadittaessa lapselle lääkehoitosuunnitelmaa, tulee myös arvioida, onko lapsi erityistä hoitoa tarvitseva lapsi ja vaatiiko lapsen hoidon järjestäminen lisää henkilökuntaa. (STM 2012.)

Pääsääntöisesti lapsen pitkäaikainen lääkitys pyritään hoitamaan kotona ja lapselle annetaan hoitopäivän aikana vain välttämättömät lääkkeet. Yksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma auttaa varautumaan tilanteisiin, joissa päivähoidoon tulee lääkehoitoa tarvitseva lapsi ja siinä huomioidaan osaavan henkilöstön paikalla olo ja työntekijöiden riittävä osaaminen lääkehoidosta. (STM 2012.) Lääkehoito-oppaan mukaan lääkehoitoa voi toteuttaa lääkehoitoon koulutetut terveydenhuollon ammattihenkilöt. Lähihoitajat ovat koulutuksessaan saaneet valmiudet antaa lääkkeitä suun kautta ja luonnollista tietä sekä injektion antamiseen ihon alle sekä lihakseen. Oppaan mukaan päivähoidossa lähihoitajan tulisi siis pääsääntöisesti toteuttaa lapsen lääkehoito. Lastentarhanopettaja voi antaa lääkkeitä suun kautta ja pistää ihon alle esimerkiksi insuliinia, mikäli hän on saanut riittävän perehdytyksen ja lisäkoulutuksen ja lapsen henkilökohtaisessa lääkehoitosuunnitelmassa on asia huomioitu. Henkilöllä, jolla ei ole terveysalan koulutusta, ei ole velvollisuutta toteuttaa lääkehoitoa. Vanhempien tulee olla tietoisia siitä, kuka päivähoidossa hoitaa lapsen lääkehoidon. Työnantajan tulee tarvittaessa perehdyttää työntekijät lääkehoitoon toimintayksikössä ja järjestää lisäkoulutusta henkilökunnalle lääkehoidosta ja osaaminen tulee varmistaa näytöillä. ”Päivähoitohenkilöstön lääkehoidon osaamista tulee seurata, ylläpitää ja kehittää.” Liitteenä ”Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön valmiudet ja edellytykset osallistua lääkehoidon toteuttamiseen nykyisten koulutusvaatimusten pohjalta. (liite 1; STM 2012.)

2.2 Kouvolan päiväkotien lääkehoitosuunnitelma

Päiväkotiin tulevalle lapselle laaditaan yksilöllinen varhaiskasvatussuunnitelma yhteistyössä lapsen vanhempien kanssa. Suunnitelmaan kirjataan lapsen kiinnostuksen kohteita, vahvuuksia, tapaa leikkiä, sen hetkisiä tarpeita sekä tuen tarpeita. (Kuokkanen 2006, 156.) Pitkäaikaissairaalle lapselle laaditaan myös yksilökohtainen lääkehoidon suunnitelma ja tarvittaessa suunnitelma sairaanhoidollisten toimenpiteiden suorittamisesta. Vastuu lapsen sairauden hoidosta on aina vanhemmilla, mutta hoitopäivän aikana sitä toteuttaa tarvittaessa päiväkodin henkilökunta. Suunnitelmat määrittävät lapsen hoitoa päiväkodissa ja ovat henkilökunnan ohjenuora lapsen kasvatuksessa ja hoidossa. (Lääkehoitosuunnitelma varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa ja aamu- ja iltapäivätoiminnassa, liite 2.)

Kouvolan kaupungin varhaiskasvatuksen, perusopetuksen ja aamu- ja iltapäivätoiminnan lääkehoitosuunnitelma perustuu sosiaali- ja terveysministeriön oppaaseen Turvallinen lääkehoito, valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suunnitelmaa noudatetaan myös vammaisten loma-ajan hoidossa. Lääkehoitosuunnitelma on osa yksikön turvallisuussuunnitelmaa ja sen pohjalta jokainen yksikkö muodostaa oman lääkehoitosuunnitelman jokaiselle sitä tarvitsevalle lapselle erikseen hänen tarpeidensa mukaan. (Lääkehoitosuunnitelma varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa ja aamu- ja iltapäivätoiminnassa, liite 2.)

Kouvolan kaupungin lääkehoitosuunnitelma määrittelee, ketkä saavat lääkehoitoa toteuttaa ja mitä reittiä lääkkeitä voidaan antaa. Pääsääntöisesti päiväkodissa annetaan lääkkeitä terveydenhuollon ammattilaisen ohjeistuksen mukaan. Lääkehoitosuunnitelma määrittelee, millaisissa tapauksissa lapsille annetaan lääkettä tai tehdään sairaanhoidollisia toimia hoitopäivän aikana. Pääosin lääkehoito tulee olla satunnaista tai oireenmukaista. Välitöntä hoitoa vaativia tiloja ovat suunnitelman mukaan: anafylaktinen shokki, insuliinishokki ja kouristukset. Satunnaisia oireita lievittäviä toimenpiteitä ovat: astman ja allergian hoito, kuumeen ja säryn hoito sekä muiden sairauksien hoito. Pitkäaikaissairauksien ylläpitohoitoon luokitellaan insuliinihoito, astman hoitava lääkitys sekä muiden sairauksien hoito. Tätä työtä koskien lääkehoidon toteuttamista vaativia tilanteita on: anafylaktisen shokin sekä epilepsiakohtauksen ensiapu, avaavan astmalääkkeen antaminen ja insuliinipistokset. (Lääkehoitosuunnitelma varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa ja aamu- ja iltapäivätoiminnassa, liite 2.)

Lapsen lääkehoitosuunnitelma tehdään aina yksilöllisesti huomioiden lapsen kehitystaso. Vanhemmat lapset voivat usein ottaa lääkkeen itse, jos päivähoidon ammattilainen varmistaa sen perille menon sekä oikean annostuksen. Läkettä voidaan myös antaa erityistilanteissa, jolloin voidaan käyttää terveydenhuoltoa konsultoivana apuna. Vanhempien kanssa yhteistyössä sovitaan esimerkiksi seuraavista lääkehoidon käytännöistä: *lääkehoidon ja riittävän reagointivalmiuden vaatima informointi, lääkkeen antamiseen liittyvä koulutus ja lääkkeenantoluvan myöntäminen, menettelytavat riskitilanteissa, menettelytavat poikkeustilanteissa annettavasta särky- ja kuumelääkityksessä sekä yksilökohtainen lääkehoidon suunnitelman laatiminen* (Lääkehoitosuunnitelma varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa ja aamu- ja iltapäivätoiminnassa, liite 2.)

Kouvolan kaupungin lääkehoitosuunnitelma määrittelee lapsen sairaudenhoidon tapahtuvaksi yhteistyössä vanhempien kanssa. Onnistuneen lääke- ja sairaanhoidon edellytyksenä on toimiva tiedonkulku vanhempien ja hoitopaikan välillä. Vanhempien tulee tiedottaa hoitopaikkaa lapsen sairaudesta sekä tarvittavasta hoidosta hoitopäivän aikana. Huoltajalla on vastuu lääkehoidosta. Vanhemmat myös vastaavat tiedon siirtämisestä muille sitä tarvitseville tahoille, esimerkiksi hoitopaikan vaihdon yhteydessä. Vanhemmat koordinoivat eri tahojen yhteistyötoimintaa liittyen lapsen lääkehoitoon. (Lääkehoitosuunnitelma varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa ja aamu- ja iltapäivätoiminnassa, liite 2.)

Yksikön johtajan vastuulla on henkilökunnan riittävät tiedolliset ja taidolliset valmiudet toteuttaa lapsen lääkehoitoa. Hän myös vastaa tarpeellisesta salassapidosta. Jokainen lääkehoitoa toteuttava vastaa siitä, että toimii lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Ensiaputilanteessa jokainen aikuinen on velvoitettu toteuttamaan ensiapua sekä vastaamaan omasta toiminnastaan tilanteessa. Lapselle tehdään lääkehoitosuunnitelma vain tarvittaessa. Suunnitelman tarpeen arvioinnista vastaa lasta hoitava terveydenhuollon taho. Lääkehoitosuunnitelma laaditaan aina yhteistyössä vanhempien kanssa. ”Kouvolan kaupungin lääkehoito suunnitelmaan kirjataan muun muassa:

- *Mistä sairaudesta tai oireesta on kyse*
- *milloin lääkehoitoa tarvitaan*
- *keiden on tarpeen tietää suunnitelmasta*
- *missä lääke säilytetään*
- *miten lääke annetaan*
- *kuka lääkkeen antaa ja varahenkilöt*
- *mitä muita toimenpiteitä lääkkeen antamista vaativa tilanne edellyttää*
 - *sairasauton kutsuminen*
 - *ilmoittaminen huoltajille*
 - *mitä oireita seurataan*
 - *muita toimenpiteitä*
- *kenelle ja milloin lääkkeen antamisesta tiedotetaan*
- *millaista osaamista tarvitaan, kuka kouluttaa, ketä koulutetaan*
- *miten varmistetaan lääkkeen antajien riittävä osaaminen*
- *lääkkeen tai käytetyn välineen hävittäminen”*

(Lääkehoitosuunnitelma varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa ja aamu- ja iltapäivätoiminnassa, liite 2.)

Kouvolan kaupungilla on myös yksilöllinen suunnitelma muille sairauden- tai terveydenhoitoon liittyville toimenpiteille varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa ja aamu- ja iltapäivätoiminnassa. Tämän työn näkökulmasta sitä tarvitaan esimerkiksi silloin, jos lapsen ihoa tarvitsee välttämättä rasvata hoitopäivän aikana. (Lääkehoitosuunnitelma varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa ja aamu- ja iltapäivätoiminnassa, liite 2.)

2.3 Yhteistyö päivähoidon ja terveydenhuollon välillä

Moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä, jossa eri ammattilaisten tiedot ja taidot yhdistetään, niitä hyödynnetään, yhteisistä päätöksistä neuvotellaan ja ryhmässä toimijat sitoutuvat tavoitteelliseen yhteistoimintaan, jossa kokonaisvastuu on jaettuna eri ammattiryhmien välille. Moniammatillinen ryhmä voi muodostua ammatillisista organisaation sisällä tai eri organisaatioiden välillä. (Pärnä 2012, 48 - 50.) Moniammatillisella yhteistyöllä pyritään vastaamaan tämän päivän haasteisiin ja hoitamaan asiakkaita ja perheitä entistäkin kokonaisvaltaisemmin. Päivähoidon ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä voidaan kutsua moniammatilliseksi yhteistyöksi ja yhteistyön yhtenä keskeisenä tavoitteena on tukea lapsen normaalia kasvua, kehitystä sekä vanhempien kasvatustyötä. Moniammatillisuus tulisi nähdä vahvuutena, jossa jokainen työntekijä antaa oman ammattiosaamisensa työryhmän käyttöön ja kantaa vastuun omasta toiminnastaan. (STM 2004, 43 - 46; Pärnä 2012, 48 - 50.)

Varhaiskasvatuksen ja neuvolan tavoitteet ovat hyvin pitkälle samankaltaiset: tukea lapsen normaalia kasvua ja kehitystä sekä tukea vanhempien kotikasvatusta. Päivähoito tarkastelee lasta sosiaalialan näkökulmasta ja neuvola terveydenhuollon näkökulmasta. Lasta hoidetaan kokonaisuutena, joten nämä alueet kulkevat lomittain ja yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon välillä on erittäin tärkeää. Pitkäaikaisairaiden lasten hoitamisessa päivähoito tarvitsee toimiakseen terveydenhuollon ja neuvolan palveluja sekä konsultointia, ja aivan yhtälailla neuvola sekä terveydenhuolto tarvitsevat päivähoidon yhteistyötä pystyäkseen hoitamaan lasta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (STM 2004, 43 - 46, STM 2012.)

Lapsella voi olla kehitykseen liittyviä haasteita tai erityistarpeita, jotka eivät täytä erityisen tuen diagnostisia kriteereitä. Huomioimalla lievätkin päiväkodin arkea vaikeuttavat lapsen kehityksen haasteet, voidaan päiväkodin arkea helpottaa ja lapsen kehitystä ja toimintaa tukea. Terveystarkastuksen rooli on auttaa erityisen tuen ja avun järjestämisessä päivähoidossa silloin, kun siihen on perusteet. Päivähoidolla voi muun muassa olla merkittävä rooli alle kouluikäisten lasten kehitysvaikeuksien kuntouttajana. (STM 2004, 43 - 46.)

Suomessa muutamalla paikkakunnalla lastenneuvolan määräaikaistarkastukset suoritetaan osittain päiväkodissa yhteistyössä varhaiskasvatushenkilöstön kanssa, jolloin koko hoitotiimi osallistuu arvioimaan lapsen ryhmässä toimimista sekä lapsen kanssa suoritettavia kahden keskisiä tehtäviä (STM 2004, 44). Vuodesta 2010 on kehitelty Hyve-mallia, joka yhdistää varhaiskasvatussuunnitelman keskustelun (vasu-keskustelu) sekä neljävuotiaan laajan terveystarkastuksen lastenneuvolassa. Hyve-malli on otettu käyttöön eri puolilla Suomea. Vasu-keskustelusta lähetetään vanhempien luvalla yhteenveto neuvolan terveydenhoitajalle, joka huomioi päivähoidon palautteen suorittaessa neljävuotiaan laajaa määräaikaistarkastusta lapselle neuvolassa. Vanhempien luvalla terveydenhoitaja lähettää yhteenvedon tarkastuksesta, siinä esiin tulleista vahvuuksista, kehittämisalueista ja jatkotoimenpiteistä päivähoitoon. Tämän palautteen pohjalta suunnitellaan mahdollinen yhteistyö päivähoidon, neuvolan sekä perheen välillä juuri kyseiselle perheelle ja lapselle sopivaksi. (Tuominiemi-Lilja & Kurki 2011, 31.)

Kunnan terveydenhuollolla on merkittävä rooli pitkäaikaissairaiden lasten turvallisen lääkehoidon tukemisessa päivähoidossa. Terveystarkastus opastaa ja ohjaa vanhempia lapsen sairauteen liittyvissä hoitotoimenpiteissä, jotka vanhemmat tulevat jatkossa opettamaan varhaiskasvatushenkilöstölle. Kunnan terveydenhuollolla on myös oma vastuu lääkehoidon sekä hoitovälineiden perehdyttämisestä varhaiskasvatushenkilöstölle. Päivähoidon lääkehoitosuunnitelmassa tulee näkyä, kuka terveydenhuollossa on päivähoidon yhteyshenkilö, jota tarvittaessa voi konsultoida lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat voivat toteuttaa lääkehoidon perehdytystä päivähoidossa. (STM 2012.)

Kouvolan kaupungin lääkehoitosuunnitelmassa mainitaan, että tarvittaessa lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä voidaan konsultoida kouluterveydenhuoltoa, lastenneuvolaa tai erikoissairaanhoitoa (liite 2). Tarvittaessa lapsen omahoitaja voi osallistua lapsen hoitopalaveriin päiväkodissa ja näin tuoda omaa erikoisosaamistaan lapsen sairauden hoidosta. Lapsen omahoitaja voi olla esimerkiksi erikoissairaanhoidon diabeteshoitaja. Tällainen suora yhteistyö edellyttää aina vanhempien lupaa. (Lindholm 2004, 24.) Päivähoidon yhteistyötahoina voivat siis olla sekä perusterveydenhuolto että erikoissairaanhoito. Hoito-ohjeet ja päivitykset lapsen pitkäaikaissairauksien hoidosta tulevat usein erikoissairaanhoidolta, mutta lapsen sairauden hoitotasapainon ollessa hyvä konsultoidaan usein perusterveydenhuollosta sitä tahoa, joka päivähoidon lääkehoitosuunnitelmassa on mainittu. (STM 2012.)

3 LASTEN PITKÄAIKAISSAIRAUKSIEN HOITO PÄIVÄHOIDOSSA

”Pitkäaikaissairaudella tarkoitetaan vähintään kuusi kuukautta kestäväää sairautta tai toiminnanhäiriötä, joka aiheuttaa jatkuvan tai ajoittaisen hoidon tai lääkinnällisen seurannan tarpeen” (Rajantie 2002, 36). Lasten pitkäaikaissairauksien kirjo on laaja. Allergiat, toiminnalliset häiriöt ja mielenterveyden ongelmat ovat tavallisimpia lasten pitkäaikaissairauksia. (Tapanainen & Rajantie 2010, 21.) Päivähoidon näkökulmasta yleisimpiä somaattisia pitkäaikaissairauksia, jotka vaativat päivähoitohenkilöstöltä lääkehoidon tai ensiapukohtauksen hoidon osaamista, ovat allergiat, astma, tyypin 1 diabetes ja epilepsia. Astman ja allergian esiintyvyys ja hoidon tarve ovat lisääntyneet nopeasti viime vuosikymmeninä. Tyypin 1 diabetekseen sairastuu joka vuosi noin 500 lasta ja Suomessa esiintyy muuhun maailmaan nähden eniten tyypin 1 diabetesta suhteutettuna väkilukuun. Epilepsiaa esiintyy tasaisesti vuosikymmenestä toiseen. (Tapanainen & Rajantie 2010, 23 - 24.)

Lapsen pitkäaikaissairaus vaikuttaa hänen käsitykseen omasta itsestään. Se voi aiheuttaa lapselle kykenemättömyyden tunteita ja vaikuttaa itsetuntoon. (Pihlaja & Viitala 2004, 363.) Ruoka-ainerajoitukset sekä liikunnan ja ulkoilun rajoittaminen voivat aiheuttaa lapsessa erilaisuuden tunteita. Sairastuminen voi näkyä myös lapsen taantumisena. (Pihlaja & Viitala 2004, 367 - 368.) Päivähoidon ammattilaisilla on tärkeä rooli vaikuttaa perheen ja lapsen selviytymiseen ja tukea lapsen minäkäsitystä sekä seurata lapsen normaalia kasvua ja kehitystä. Sairauksien vaikutukset lapsiin voivat olla hyvin erilaisia, ja jokainen lapsi kokee sairautensa omalla tavallaan.

Pitkäaikaissairauksien tunteminen auttaa päivähoitohenkilöstöä lapsen kasvatuksessa ja hoidossa. (Pihlaja & Viitala 2004, 363.)

Yhdysvalloissa on toteutettu pitkäaikaissairauksiin liittyviä tutkimuksia. Tyypin 1 diabeteksen ymmärtäminen sairautena auttaa välttämään sairauteen liittyviä ensiaputilanteita. Diabetes-koulutus pitäisi suunnata lasten kanssa päivittäin tekemisissä oleville ammattilaisille. (American Diabetes Association 2011, 70.) Patel, Bansal sekä Tobin (Patel, Bansal, & Tobin 2006) ovat tehneet tutkimusta miten koulutus vaikuttaa varhaiskasvatushenkilöstön taitoihin hoitaa anafylaksiaa. Tutkimuksessa päivähoiton ammattilaiset kävivät allergia seminaarin ja tekivät 6 ja 12 kuukauden päästä anafylaksiaan liittyvät seuranta kyselyt. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että lisäkoulutusta tarvitaan, sillä hoitajien taidot alkavat vähitellen ajan saatossa unohtua. (Patel, Bansal, & Tobin 2006.)

3.1 Allergiset sairaudet

Allergiset sairaudet ovat yleistyneet viimeisten 20 vuoden aikana ja väestöstä joka toinen kärsii allergiaoireista jossakin elämän vaiheessa (Csonka & Junttila 2013, 20; Haahtela & Hannuksela 2009). On pohdittu, että maalta muutto kaupunkiin, hyvä hygieniataso ja väestön infektiokuvan muutokset ovat osaltaan vaikuttaneet allergioiden lisääntymiseen. Perimällä on suuri merkitys allergioiden puhkeamisessa. Jos molemmilla vanhemmilla on atooppista allergiaa, on lapsella nelinkertainen riski sairastua allergiaan. (Haahtela & Hannuksela 2007, 20, 26.) Ympäristötekijät vaikuttavat myös vahvasti allergian puhkeamiseen, koska kaikki geneettisesti alttiit lapset eivät kärsi allergioista. Viimeaikaisten tutkimusten mukaan maatalousympäristö näyttäisi suojaavan allergioilta. (Haahtela & Hannuksela 2007, 24.)

Kehon immuunijärjestelmä suojaa meitä erilaisilta viruksilta, bakteereilta ja loisilta. Allergiassa immuunijärjestelmä puolustautuu harmittomia aineita vastaan. Allergia on siis yliherkkyyssreaktio. Ainetta, joka aiheuttaa allergisen reaktion, kutsutaan allergeeniksi (Haahtela & Hannuksela 2007, 10.) Erityisesti lasten ja nuorten elimistö puolustautuu aiempaa herkemmin vaarattomia aineita vastaan. Allergia voidaan jakaa IgE-välitteiseen (immunoglobuliini E) ja ei IgE-välitteiseen allergiaan. Periytyvää taipumusta muodostaa IgE-vasta-aineita ympäristön allergeeneille kutsutaan atopiaksi. Atooppisia sairauksia ovat astma, ruoka-aineyliherkkyys, atooppinen ihottuma, nuha- ja silmäoireet sekä allerginen yleisreaktio eli anafylaksia ja ne muodostavat valtaosan

allergisista sairauksista. Atooppisessa allergiassa oireet ilmaantuvat yleensä nopeasti ja voivat olla vakavia. (Haahtela & Hannuksela 2007, 7 - 9, 13.)

Allergian hoito on kokenut muutoksen viime vuosien aikana. 2000-luvulla on saatu uutta tietoa allergioista ja kansallinen allergiaohjelma 2008 - 2018 tukee allergiasenteiden muutosta. Allergia kannattaa mieltää ihmisen ominaisuutena, ei sairautena. Lievässä allergiassa omaa toleranssia (sietokykyä) kannattaa kasvattaa, eli altistumalla allergeeneille sopivasti oireiden sallimissa rajoissa Lapsen allergian hoito on kuitenkin aina yksilöllistä ja vakavien allergioiden kohdalla ainoa hoitomuoto on allergeenin välttäminen. (Haahtela 2008, 4.)

3.1.1 Yliherkkyysnuha ja atooppinen ihottuma

Yliherkkyysnuha on allergisista sairauksista yleisin. Nuha voi olla allergista tai ei allergista. Siitepöly aiheuttaa kausiluontoisesti eniten nuhaoireita ja ympäri vuoden nuhaoireita voi esimerkiksi aiheuttaa eläinpöly ja ruoka. Ympärivuotisessa yliherkkyysnuhassa oireiden paheneminen voi tapahtua mihin aikaan vuodesta tahansa. Oireina ovat nenän vuotaminen ja kutina, aivastelu sekä nenän tukkoisuus. Nuhaoireiden lisäksi voi esiintyä silmätulehduksia sekä silmien kutinaa ja punoitusta. (Terho 2007, 197 - 198.)

Yliherkkyysnuhaa hoidetaan antihistamiinitableteilla. Vaikeissa nuhaoireissa käytetään kortikosteroidisuihkeita nenän limakalvolle, tavallisesti 1 - 2 suihkausta aamuin illoin. Limakalvon hiussuonia supistavia nenäsuihkeita ei suositella käytettävän allergisen nuhan hoidossa. Silmäoireisiin käytetään kromoni- tai antihistamiinitippoja. (Terho 2007, 204 - 205.) Allergista nuhaa sairastavat saavat hoitavat lääkkeitä pääosin kotona. Allergiasaneeraukseen ei enää ryhdytä päivähoidossa (Mäkelä, Pelkonen, Kuitunen, Valovirta, Tommila, Haahtela, Haliseva Lahtinen, Liimola 2010). Pahimpaan siite- ja katupölyaikaan voimakkaasti oireilevien allergialasten ulkoilua saatetaan joutua rajoittamaan vanhempien ohjeita noudattaen (Päivähoidon allergia- ja astmaohjeisto 2004, 18). Lapsen henkilökohtaisessa lääkehoitosuunnitelmassa tulee näkyä, mikäli lapselle tulee antaa allergialääkettä äkillisesti alkaviin nuha- ja silmäoireisiin päivähoidossa (liite 2).

Atooppista ihottumaa eli ekseemaa on n. 20 %:lla suomalaislapsista. Atooppinen ihottuma on kutisevaa ihottumaa, joka uusiutuu jatkuvasti tai on kroonista. Leikki- ja

kouluiässä atooppinen ihottuma esiintyy yleensä taiveissa. Taiveihottuma on yleensä lieväoireista. (Hannuksela 2007, 129, 135.) Imeväisikäisillä ihottuma voi laajentua koko kehon alueelle ja olla ärhääkää. Atooppisen ihottuman keskeisin oire on ihon kuivuudesta johtuva kutina ja raapimisesta aiheutuva ihon infektoituminen. (Hannuksela 2007, 133, 139.) Atooppisen ihon puhtaana pito on erittäin tärkeää. Atooppista ihottumaa hoidetaan hyvän hygienian lisäksi pääosin kortikoidivoiteilla, perusvoiteilla ja joskus antihistamiineja käytetään hillitsemään kutinaa. (Hannuksela 2007, 143.) Atooppisen ihottuman rasvaus toteutetaan pääsääntöisesti kotona (Mäkelä ym. 2010).

3.1.2 Anafylaksia

Anafylaksialla tarkoitetaan äkillistä ja voimakasta yliherkkyyssreaktiota. Anafylaksiaa on allergista ja ei-allergista muotoa. Allergisessa anafylaksiassa soluista vapautuu histamiinia suuri määrä, mikä aiheuttaa hiusuoniston laajenemisen ja kiertävän veritilavuuden suhteellisen pienenemisen. Tämän takia sydämen syke nopeutuu ja iho on punakka (vrt. pyörtyminen: iho kalpea ja pulssi hidas). Anafylaksia alkaa usein hiuspohjan ja kämmenien kuumotuksella ja kutinalla, sen jälkeen tulee nokkosihottumaa ja kurkunpäänturvotusta, joka aiheuttaa äänen käheytymisen. Oireina ovat myös hengenahdistus, astmakohtaus, pahoinvointi, vatsakivut ja vaikeissa tapauksissa verenkierron romahtaminen eli sokki. (Päivähoidon allergia- ja astmaohjeisto 2004, 10.) Ruoka-aineita, jotka voivat aiheuttaa anafylaktisia oireita, ovat pähkinät, siemenet ja kala. Mehiläisen tai ampiaisen pisto ja lääkkeet voivat myös aiheuttaa anafylaktisen reaktion. Anafylaktinen reaktio voi ilmetä myös jonkin ruoka-aineen ja räsituksen yhteisvaikutuksena. (Haahtela 2007, 360 - 361.)

Hyksin Iho- ja allergiasairaalaan on vuonna 2000 perustettu anafylaksiarekisteri. Vuosina 2000 - 2004 rekisteriin ilmoitettiin 268 vaikeaa allergiareaktiota. Näistä 32 % oli lapsia, joiden mediaani-ikä oli 6 vuotta. Ruoka-aineet aiheuttivat eniten, 64 % lasten anafylaktisista reaktioista. Ilmoitetuista ruoka-aine altistuksesta johtuvien anafylaktisen reaktioiden yleisin tapahtumapaikka oli koti, 32 %. Päiväkodeissa tai kouluissa tapahtui 16 % ruokareaktioista. (Mäkinen-Kiljunen, Andersén, Mäkelä, Haahtela 2005.)

Anafylaksian hoito

Anafylaksian ensihoito on adrenaliini-injektio reisi- tai olkalihakseen (ei ihon alle), lapsilla reisilihakseen. Adrenaliini supistaa pienet hiusuonet, jolloin verta palaa suuriin suoniin ja näin turvotus limakalvoilla, ihossa ja hengitysteissä helpottaa. Kortikoidi- (esim kyypakkaus) sekä antihistamiinitabletit estävät jälkioireita, mutta niiden vaikutus alkaa hitaasti, eivätkä ne korvaa adrenaliinia vakavan, henkeä uhkaavan reaktion syntyessä. Kortisonilääke annetaan hieman myöhemmin ensiaputilanteen jälkeen joko suun kautta tai laskimoon jälkioireiden hillitsemiseksi. Jälkioireita helpottaa myös antihistamiinitabletti. Anafylaktisen reaktion oireet helpottavat usein nopeasti. Lapsen, joka on joskus saanut anafylaktisen reaktion, mukana on aina oltava adrenaliinikynä, esimerkiksi EpiPen junior. (Haahtela 2007, 360 - 361.)

Vanhemmat ovat vastuussa adrenaliinikynän käytön opettamisesta päivähoitohenkilökunnalle. Adrenaliinikynä pistetään reisilihakseen tarvittaessa vaatteiden läpi. Kynästä irrotetaan harmaa suojatulppa, painetaan ruiskun mustaa kärkeä kohtisuorassa reiden ulkosyrjää vasten, pidetään kynää paikallaan 10 sekuntia ja otetaan kynä pois. Paikalle tulee aina soittaa ambulanssi. Toinen työntekijä hoitaa ensiaputilanteen lääkehoidon, toinen työntekijä soittaa ambulanssin. Vanhemmille on ilmoitettava asiasta. Päivähoidosta lähtee hoitaja tai vanhemman paikalle ehtiessä vanhempi mukaan sairaalaan. (Päivähoidon allergia- ja astmaohjeisto, 33.)

3.1.3 Ruoka-aine allergia

Ruoka-aine allergiasta kärsii arviolta 8 % alle 2-vuotiaista lapsista. Valtaosa ruoka-aine allergioista häviää kouluikään mennessä. (Mäkelä 2007, 303.) Aiemmin pieniäkin oireita aiheuttanut ruoka-aine eliminoitiin lapsen ruokavaliosta, ja joitakin ruoka-aineita vältettiin lapsen ensimmäisinä elin vuosina vain sen takia, että näin uskottiin voitavan ehkäistä ruoka-aineallergian kehittyminen, esimerkkinä kala-allergia. (Mäkelä 2013; Terho 2007, 28.7.) Tavallisimpia oireita aiheuttavia ruoka-aineita ovat maito, vehnä, ohra, ruis, kananmuna, kalat, mädit, äyriäiset ja pähkinät. On yksilöllistä, aiheuttaako allergeeni lapsessa lievän vai vakavan reaktion (Csonka & Junttila 2013, 40 - 42.)

Laktoosi-intoleranssi ei ole allergiaa, vaan johtuu laktoosia pilkkovan entsyymin puutteesta. Hoitona on vähälaktoosinen tai laktoositon ruokavalio. Keliakiassa oireita aiheuttaa vehnän, ohran sekä rukiin gluteiini, joka vahingoittaa lapsen suolistoa. Tila voi johtaa ravintoaineiden imeytymishäiriöön. Keliakiaa sairastavalla lapsella on elinikäinen gluteeniton dieetti. Viljoista gluteenitonta kauraa, ulkomaisia viljoja kuten riisiä tai tattaria voidaan käyttää. Sekä laktoosi-intoleranssi että keliakia aiheuttavat pääosin mahaoireita. (Haahtela & Hannuksela 2007, 8; Ashorn 2010, 442 - 444.)

Maitoallergia ei ole sama asia kuin laktoosi-intoleranssi. Oireiden aiheuttaja ei ole maitosokeri vaan maitoproteiini. Maitoallergiselle ei käy vähälaktoosinen tai laktoositon maitovalmiste, vaan ruuan tulee olla täysin maidoton. Tällöin puhutaan välttämisruokavaliosta. Maitoallergian oireita ovat tyypillisesti iho-oireet, ripuli, oksentelu sekä vatsakipu. Myös anafylaktinen reaktio on mahdollinen. Elintarvikkeiden tuoteselosteissa maitoa voi olla usealla eri nimellä kuten kaseiini tai hera. Alle puolivuotiaalla lapsella maitoa korvataan käyttämällä pilkottuja erityisvalmisteita esim. Nutrilon Peptiä® tai Nutramigeniä®. Yli puolivuotiaalla voidaan käyttää soijapohjaisia valmisteita. Erittäin vaikeasti allergisilla lapsilla käytetään aminohapoista sekä lisäravinteista koostuvaa juomaa. Erityisvalmisteita käyttävillä lapsilla huolehditaan riittävästä D-vitamiinin sekä kalsiumin saannista. Vanhempien tulee kustantaa ja toimittaa itse sairausvakuutuslain piiriin kuuluvat kliiniset ravintovalmisteet päivähoitoon. (Mäkelä 2007, 308 - 310; Laki lasten päivähoidosta, 2 b §.)

Atooppiset lapset herkistyvät usein leikki-iässä siitepölylle, lähes aina ensimmäisenä koivun siitepölylle. Siitepölylle allergiset lapset saattavat saada oireita raaoista vihanneksista tai hedelmistä, koska tiettyjen hedelmien ja vihanneksien valkuaisaineet muistuttavat läheisesti esimerkiksi koivun siitepölyn valkuaisaineita. Ilmiötä kutsutaan ristiallergiaksi. Oireita voivat olla suun kutina tai kirvely, huulten turvotus sekä suulisto-oireet. Ristiallergiasta aiheutuu harvoin vakavia oireita (Csonka & Junttila 2013, 42), mutta ristiallergia pähkinöiden ja kiivin kohdalla voi aiheuttaa anafylaktisen reaktion. Kaikki siitepölylle allergiset eivät saa raaoista vihanneksista tai hedelmistä oireita. Jos oireista on haittaa tai oireet ovat vaikeita, tulee oireita aiheuttavia hedelmiä/vihanneksia välttää. (Mäkelä 2007, 313.) Valkuaisaineiden rakenne muuttuu ruokaa kypsennettäessä, joten kypsennetyt vihannekset tai hedelmät aiheuttavat harvoin oireita (Csonka & Junttila 2013, 42).

Ruoka-aine allergian hoito

Lievä allergia usein pysyy lievänä ruoka-ainealtistuksista huolimatta, eli turhat allergiadietit pitäisi jättää pois (Haahtela 2008, 4). Päivähoidossa ei kuitenkaan tehdä ruokakokeiluja, vaan vanhemmat tekevät kokeilut kotona yhteistyössä hoitavan lääkärin kanssa, ja vanhempien vastuulla on ilmoittaa päivähoitoon ruoka-aine allergioiden muutoksista (Päivähoidon allergia- ja astmaohjeisto 2004, 13). Osa lapsista voi olla niin allergisia, että saa oireita pelkästään allergeenin, esimerkiksi kalan hajusta. Päivähoidossa vaikeasti allergisen lapsen ruokailu tulee järjestää niin, että allerginen lapsi ei vahingossakaan saa sellaista ruoka-ainetta, joka aiheuttaa oireita. Allergiaruuat kannattaa jakaa ensimmäisenä ja varata niille omat ottimet. Pienet lapset saattavat ottaa ruokaa vierustoverin lautaselta, ja myös tämä tulee huomioida ruokailutilanteita suunniteltaessa. (Päivähoidon allergia- ja astmaohjeisto 2004, 13 - 15.) Vahinkoaltistumisia päivähoitossa tapahtuu kuitenkin harvoin (Mäkelä ym. 2010).

Kansallisen allergiaohjelman yhtenä tavoitteena on karsia turhat allergiaruokavaliot kuormittamasta koulujen ja päiväkotien ruokailua. Yhden allergiaruoka-annoksen valmistamisen aiheuttama lisäkustannus on arvioitu olevan 1,3 €. (Jantunen 2013.) Nykyinen käytäntö on vaatia jokaisesta allergiaruokavaliosta lääkärin todistus. Joissakin Suomen kaupungeissa tätä on jo toteutettu hyvin tuloksin ja näissä kaupungeissa allergiaruokavaliot on saatu vähenemään neljänneksellä. (Lamminen 2013, 9.)

3.2 Astma

Astma on Suomen yleisin hengitysteiden pitkäaikaissairaus koko väestössä. Lapsilla allergiat ja astma ovat yleisimpiä pitkäaikaissairauksia. Astmaa sairastaa noin 5 - 7 % suomalaislapsista. (Kajosaari 2011, 3.) Sitä ei voida parantaa, mutta nykyään oireita pystytään hallitsemaan. Astmaa sairastavan lapsen ennuste on hyvä, sillä suurella osalla lapsista oireet helpottavat kouluikään mennessä. (Kajosaari 2010, 295.) Päivähoitoikäisten lasten astman diagnostiikka sekä hoito kuuluvat pääosin erikoissairaanhoidon (Käypä hoito -suositus 2012).

Astma on krooninen keuhkoputkien tulehduksellinen sairaus. Astmaatikon keuhkoputkien limakalvot ovat jatkuvassa ärsytystilassa, jolloin ne ovat turvonneet ja

erittävät normaalia enemmän limaa. Lisäksi taudinkuvaan liittyy keuhkoputkien lihaskerroksen supistumisherkkyyys. Nämä yhdessä aiheuttavat keuhkoputkien ahtautumisen, joka vaikeuttaa ilman kulkua keuhkoihin ja sieltä pois. Astmaa on allergista sekä ei-allergista muotoa. Aivan pienillä lapsilla voi esiintyä virusinfektioiden yhteydessä astman kaltaisia oireita, jotka häviävät itseksensä lapsen kasvaessa. (Kajosaari 2010, 295 - 297; Haahtela 2007, 242 - 245.)

Varsinaista syytä astman puhkeamiseen ei tiedetä. Mahdollisina tekijöinä pidetään hengitystieinfektioita sekä allergeeneille altistumista. Vanhempien atopiataipumus tai astma lisäävät lapsen riskiä sairastua astmaan. Myös lapsen oma atopiataipumus on vahva riskitekijä. Ympäristötekijöistä suurin yksittäinen riskitekijä on tupakan savu. (Kajosaari 2010, 295 - 297; Haahtela 2007, 242 - 245.)

Astman oireita ovat hengityksen vinkuminen sekä uloshengityksen vaikeutuminen etenkin, jos hengitystieoireita on ilman hengitystieinfektiota. Myös useita viikkoja kestänyt limainen yskä on tyypillinen astman oire. Astman aiheuttama yskä on tyypillisesti voimakkaimmillaan aamuyöllä. Rasitus usein pahentaa astmaoireita. Pidempään jatkunut oireilu vaikuttaa lapsen yleistilaan ja lapsi voi olla jatkuvasti väsynyt ja haluton. (Kajosaari 2010, 295 - 297; Haahtela 2007, 242 - 245.)

Astman oireilu, oireita pahentavat tekijät sekä oireiden vakavuus ovat lapsikohtaisia. Oireita pahentavia tekijöitä voivat olla hengitystieinfektiot, pakkanen tai liiallinen kuumuus, ilmansaasteet sekä tupakansavu. Lisäksi allergista astmaa sairastavien lasten oireet voivat pahentua altistumisesta allergeeneille, joille he ovat yliherkkiä. Esimerkiksi siitepölykaudella lapsi voi tarvita lisälääkitystä. (Kajosaari 2011, 3.)

3.2.1 Astman hoito

Astman hoidossa käytetään pääpiirteittäin inhaloitavia eli hengitettäviä kortikosteroidilääkkeitä hoitamaan keuhkoputkien tulehdustilaa ja bronkodilatoivia eli keuhkoputkia avaavia lääkkeitä. Vaihtoehtoisesti kortisonilääkityksen tilalle voidaan valita leukotrieenisalpaaja, esimerkiksi montelukasti, joka parantaa keuhkojen toimintaa hillitsemällä eosinofiilistä tulehdusta. (Haahtela 2009c; Mäkelä 2009.) Astmalääkityksen tarkoituksena on paitsi helpottaa astman oireita, taata lapselle mahdollisimman normaali kasvu ja kehitys. Astman oireet pyritään pitämään poissa mahdollisimman pienellä lääkeyksiköllä. Astmalääkkeitä käytetään erilaisin yhdistelmin

riippuen astman vaikeudesta ja tarvittavan lääkehoidon pituus on hyvin yksilöllistä. (Kajosaari 2010, 300 - 303). Hoitamattomana astma aiheuttaa pysyviä muutoksia keuhkoputkissa, joten mitä nopeammin astma todetaan ja hoito aloitetaan, sen parempi on myös astman ennuste (Haahtela 2013, 4).

Hoitavat lääkkeet eli kortikosteroidit

Kortikosteroidit eli kortisonilääkkeet hoitavat keuhkoputkien tulehdustilaa vähentämällä limakalvon turvotusta ja estämällä tulehdussolujen toimintaa ja niiden kertymistä limakalvolle. Kortisonilääkitystä suositellaan käytettävän jaksottaisesti. Hoitavana astmalääkkeenä käytetään pääsääntöisesti inhaloitavaa kortisonilääkitystä. (Mäkela 2009; Kajosaari 2010, 301.) Inhaloitavat kortikosteroidilääkkeet heikentävät suun puolustusmekanismeja ja lääkkeen haittavaikutuksia ovat äänen käheys ja suun sieninfektio. Astmalääkitys voi myös lisätä hammasplakkia aiheuttavien bakteerien toimintaa ja kuivata suun limakalvoa. Haittavaikutuksia voidaan ehkäistä huuhtelemalla suu huolellisesti lääkkeen oton jälkeen. Suun terveyttä voidaan edistää ottamalla astmalääke ennen ruokailua ja käyttämällä ksylitolipurukumeja tai pastilleja. (Storvik-Sydänmaa 2010, 141; Saano & Taam-Ukkonen 2013, 481.) Kuukausien ajan suurina annoksina inhaloitava kortisoni vaikuttaa lapsen kasvuun hidastavasti, mutta sillä ei ole todettu olevan vaikutusta aikuispituuteen ja vain harvoin kortisonilääkitystä käytetään pitkään suurella annoksella. Loppujen lopuksi hoitamaton astma hidastaa lapsen kasvua enemmän kuin inhaloitava kortisonilääkitys. (Haahtela 2009c.)

Avaavat astmalääkkeet

Avaavia astmalääkkeitä voidaan käyttää pitkäaikaisesti tai tarvittaessa. Avaavia lääkkeitä ovat beeta-2-agonistit ja antikolinergit. Beeta-2-agonistit vaikuttavat rentouttaen hengitysteiden sileää lihaksistoa. Avaavaa astmalääkettä voidaan käyttää ennen suunniteltua räsytystä ehkäisemään astmaoireita sekä keuhkoputkien vaikean ahtautumisen ensiapuun. (Haahtela 2009a; Haahtela 2009b; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 140 - 141.) Avaavien lääkkeiden haittavaikutuksia ovat sydämen sykkeen nopeutuminen, vapina, levottomuus ja yliaktiivisuus. Haittavaikutukset ilmenevät usein lääkityksen alkuvaiheessa ja menevät nopeasti ohi. (Kajosaari 2011, 11.)

Tilanjatkeet

Astmalääkkeet ovat pääosin inhalaatioita, ja sen takia oikea inhalointitekniikka on tärkeää, jotta lääke kulkeutuu keuhkoihin. Pieni lapsi ei itse osaa tarkistaa inhalaatitekniikkaansa, siksi päivähoidossa on tärkeää, että lasta hoitava työntekijä osaa antaa astmalääkkeen oikein. Alle kouluikäisillä lapsilla käytetään pääosin inhalaatiosumutteita tilanjatkeen kanssa, koska pienet lapset eivät osaa hengittää riittävän voimakkaasti sisään. Kouluikästä alkaen lapset pystyvät yleensä käyttämään itse jauheinhalaattoreita. (Csonka & Junttila 2013, 84 - 85.) Sumutettavat lääkkeet tulisi aina antaa tilanjatkeen kautta, muuten suuri osa lääkkeestä jää suuonteloon. Tilanjatketta käyttäessä riittää, kun lapsi hengittää normaalisti sisään ja ulos, noin 10 kertaa. Tilanjatkeita on erikokoisia ja -mallisia ja pienillä lapsilla käytetään tilanjatkeessa maski osaa, jolloin lääke on helpompi ottaa. (Csonka & Junttila 2013, 84.) Tilanjatkeina käytetään esimerkiksi babyhaleria tai nebunetta.

Babyhalerin käyttö: Inhalaatiosumutteesta poistetaan suojus, ravistetaan kunnolla ja suihkautetaan lääkettä yksi annos ilmaan. Sen jälkeen inhalaatiosumute asetetaan babyhalerin kahvaosaan. Babyhaleria pidetään vaakasuorassa asennossa ja lääkeainetta suihkautetaan yksi annos babyhealeriin. Lapsi otetaan syliin istumaan ja babyhalerin maskiosa laitetaan lapsen kasvoja vasten varovasti ja tiiviisti. Annetaan lapsen hengittää noin 10 kertaa ja sen jälkeen otetaan maski pois ja huuhdellaan lapsen suu. (Apteekkariliitto 2013.) Isommalla lapsella maskiosaa ei tarvita. Nebunette on materiaailtaan metallinen ja sen käyttö on hyvin pitkälle samanlaista kuin babyhalerin käyttö. Nebunetta käyttäessä täytyy kiinnittää erityistä huomiota suukappaleen asentamiseen. Mikäli suukappale asennetaan väärin päin, lapsi ei pysty sisään hengittämään lääkettä (Fimea 2009).

Lapsen kehitystaso huomioiden päiväkodissa voi 6-vuotiaalla lapsella voi olla käytössä jauheinhalaattori (astmakiekko) Jauheinhalaattoreita ovat esimerkiksi Diskus, Easyhaler ja Turbuhaler. Jauheinhalaattoreita käyttäessä lapsi vetää voimakkaalla sisäänhengityksellä lääkejauheen keuhkoputkiin. (Csonka & Junttila 2013, 83 - 85.) Tarkemmat video-ohjeet tilanjatkeiden ja jauheinhalaattoreiden käyttöön ovat nähtävissä apteekkariliiton sivuilla: <http://www.apteekkariliitto.fi/tietopankki/annosteluvideot/.html>.

3.2.2 Astmakohtauksen hoito

Päivähoidossa tulee huomioida jokaisen astmaatikon yksilöllinen tapa oireilla, jotta osataan ennaltaehkäistä astmakohtauksia eli antaa avaavaa lääkettä ennakoivasti. Ehdottomasti tärkein astmaa pahentava tekijä on hengitystieinfektiot (nuha, yskä, korvatulehdus). Allergisilla lapsilla oireita pahentaa usein siite-, eläin- ja huonepöly. (Allergia- ja astmaliitto 2014.) Ulkona astmakohtauksen voi laukaista kuiva tai kylmä ilma, kova tuuli, tupakan savu tai ilmansaasteet ja astmaa sairastavan lapsen kanssa ulkoilevan työntekijän tulee tämä ottaa huomioon (Päivähoidon allergia- ja astmaohjeisto 2004, 16).

Astmakohtauksen ensioireita ovat hengenahdistus, levottomuus, yskiminen, väsymys ja ärtyisyys. Mitä pienemmästä lapsesta on kyse, sen huonommin hän osaa voinnistaan kertoa. Sen takia on todella tärkeää havainnoida lapsen vointia hoitopäivän aikana ja reagoida mahdollisimman nopeasti oireisiin, jottei astmakohtausta pääsisi kehittymään tai kohtaus ei pahenisi. Toisille lapsille astmakohtaus voi kehittyä hyvinkin nopeasti, siksi lasta hoitavan työntekijän on tärkeä keskustella lapsen vanhempien kanssa lapsen yksilöllisestä tavasta oireilla. (Päivähoidon allergia- ja astmaohjeisto 2004, 10 - 11.)

Heti astmakohtauksen ensioireiden ilmetessä lapselle tulee antaa keuhkoputkia avaavaa lääkettä lääkärin ohjeiden mukaisesti. Lapsen on hyvä olla istuma-asennossa. On tärkeää rauhoittaa lapsi sekä pysyä itse rauhallisena kohtauksen aikana sekä tarkkailla lapsen vointia 15 minuutin ajan. Jos astmaoireet eivät helpota, annetaan lapselle uusi annos avaavaa lääkettä. Jos toinen annos avaavaa lääkettä ei auta, tilataan ambulanssi ja tilanteesta ilmoitetaan vanhemmille. Hoitaja tai lapsen vanhempi lähtee mukaan ambulanssiin. Avaava astmalääke tulee aina olla lapsen mukana päivähoidossa ja mukana myös esimerkiksi retkelle lähdettäessä. Mikäli avaavaa astmalääkettä joudutaan käyttämään ensiapuluontoisesti, käydään tilanne läpi ja mietitään, miten se jatkossa vältetään. (Päivähoidon allergia- ja astmaohjeisto 2004, 11.)

Astman muu hoito

Liikunta on tärkeä osa astman hoitoa, sillä se kohottaa vastustuskykyä ja lisää rasisuksensietoa ja näin ollen vähentää astmakohtausten vaaraa (Kajosaari 2010, 303).

Liikunta saattaa kuitenkin pahentaa astmaoireita ja osa lapsista tarvitsee avaavaa lääkettä ennen liikuntasuoritusta tai sen aikana. Liikunnan aikana on tärkeä havainnoida lapsen voinnin muutoksia, ettei astmakohtausta pääse kehittymään. Astmaattikkolapselle on tärkeää turvata samat liikuntamahdollisuudet kuin muillekin lapsille. (Päivähoidon allergia- ja astmaohjeisto 2004, 17.)

Tupakan savun välttäminen on osa astman hoitoa, ja on hyvä muistaa, että välillinenkin altistuminen tupakansavulle voi pahentaa astmaoireita (Kajosaari 2011, 12). Päivähoidossa tämä voidaan huomioda niin, etteivät lasten kanssa työskentelevät tupakoi päivän aikana. Hyvään sisäilmaan voi vaikuttaa tuulettamalla (ei siitepölyaikaan) ja huolehtimalla hyvästä ilmanvaihdosta. Tuuletusikkunoihin voi tarvittaessa laittaa siitepölysuodattimen helpottamaan astmaoireita siitepölykaudella. Pajunkissat, lepän tai koivun oksat, kuivaheinä tai kuivakukkasets voivat pahentaa astman oireita, joten näitä ei kannata sisätiloihin päiväkodissa tuoda. (Kajosaari 2011, 12.)

3.3 Tyypin 1 diabetes

Tyypin 1 diabeteksen esiintyvyys on viisinkertaistunut 1950-luvulta. Tarkkaa syytä tähän ei tiedetä. (Knip & Sipilä 2010, 358.) Diabeteksen esiintyvyys on suurempi teollisuusmaissa kuin kehitysmaissa ja Suomessa tyypin 1 diabetesta esiintyy eniten väkilukuun suhteutettuna verrattuna muihin teollistuneisiin maihin. (Huttunen 2002, 236.) Tyypin 1 diabetes on autoimmuunisairaus, jonka puhkeamiseen vaikuttavat perimän lisäksi tällä hetkellä vielä tuntemattomat ympäristötekijät. Tyypin 1 diabeteksessa kehon omat T-lymfosyytit (valkosolut) hyökkäävät haiman insuliinia tuottavien beetasolujen kimppuun ja ajan saatossa tuhoavat ne (Huttunen 2002, 226.) Insuliini säätelee elimistön sokeriaineenvaihduntaa eli siirtää glukoosin verestä elimistön solujen ja kudosten käyttöön (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 167).

Ulkoisilla tekijöillä on merkittävä osuus diabeteksen kehittymisessä. On tutkittu, että n. 20 %:lla suomalaisista on geneetistä aiheutuva diabetesalttius. Näistä ihmisistä kuitenkin vain alle yksi sadasta sairastuu tyypin 1 diabetekseen. Viimeaikaisten tutkimusten mukaan enterovirusinfektioilla ja varhaisella altistumisella lehmänmaidolle saattaa olla vaikutusta tyypin 1 diabeteksen puhkeamiseen niillä lapsilla, joilla on siihen geneettinen alttius. (Knip & Sipilä 2010, 359 - 360; THL 2013.) Yhdysvalloissa on tutkittu päivähoitoon mahdollista tyypin 1 diabetekselta

suojaavaa vaikutusta. Tutkimusta tarvitaan vielä lisää, jotta saataisiin varmoja tuloksia. Alustavia hyviä tuloksia on jo saatu. (Brinderjit & Shayne 2001.)

Diabeteslapsen aloittaessa hoidon päiväkodissa voi varhaiskasvatushenkilöstölle nousta ahdistavia tunteita siitä, kuinka he pystyvät hoitamaan diabeteslasta turvallisesti ja oikein, etenkin, jos ryhmässä ei aiemmin ole hoidettu diabetesta sairastavaa lasta. Ennen hoidon aloitusta perheen ja päiväkotihenkilöstön lastenhoitajista keittäjiin on tärkeä tavata ja keskustella diabeteksestä sairautena sekä diabeteksen hoidosta. Tällaiseen palaveriin voi osallistua myös lapsen diabeteksen hoidosta vastaava hoitaja, kunnan diabeteshoitaja tai ravitsemusterapeutti. Terveystenhuollon ammattilaisella on tärkeä rooli diabetekseen liittyvän lääkehoidon perehdyttämisessä varhaiskasvatushenkilöstölle. (Keskinen & Kalavainen 2011, 365.)

MTV3:n Seitsemän uutisissa 15.1.2012 kerrottiin, että lähes 60 000 lasta tai nuorta pistää insuliinia säännöllisesti. Diabeteksen lisääntyessä myös päivähoitohenkilöstön vastuu pitkäaikaissairauden hoidossa korostuu. Uutisissa kerrottiin ikävästä tapauksesta, jossa perhepäivähoitaja oli joko jättänyt mittaamatta hoitolapsen verensokerin tai kaunistellut verensokeriarvoja. Tätä jatkui lähes kahden vuoden ajan, mikä aiheutti lapselle väsymystä, kehityksen viivästymää ja keskittymisvaikeuksia. Tällaisia tapauksia ei ole onneksi paljon ja diabeteshoitaja Anneli Lappi HUS sairaanhoitopiiristä kertookin, ettei hänen uralleen ole vastaavanlaista tapausta aiemmin sattunut. Uutisissa haastateltiin myös lastenhoitaja Kati Kemppaista Helsingin Lapin päiväkodista. Lapin päiväkodissa diabeteksen hoito on sujunut hyvin, mutta Kemppainen tuo esiin, että hiilihydraattien laskeminen on haastavaa, koska pienille lapsille tarjottavan hiilihydraattimäärän lisäksi on osattava laskea, kuinka paljon lapsi todellisuudessa syö hiilihydraatteja. (MTV3 2012.)

Hyperglykemia eli korkea verensokeri

Insuliinituotannon heiketessä kudosten glukoosin saanti huononee ja veren glukoosipitoisuus vastaavasti nousee. Verensokerin ollessa korkea glukoosia erittyy virtsaan ja virtsamäärät kasvavat. Koska virtsamäärät suurenevät, diagnosoimattoman diabeteksen keskeisenä oireena ovat myös jano ja runsas juominen. Hyperglykemia aiheuttaa myös väsymystä. Mikäli jo kuivaksi oppinut lapsi alkaa kastella uudestaan ja hänen päivittäinen juominen lisääntyy, tai pikkulapsen vaippoja joutuu vaihtamaan tavattoman usein ja lapsi on levoton, väsynyt ja ärtyinen, olisi hyvä muistaa

diabeteksen mahdollisuus. (Knip & Sipilä 2010, 361; Huttunen 2002, 227; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 169; Saha 2011a, 350.)

Liian korkea verensokeri hoidetaan antamalla lisäannos insuliinia. Huono sokeritasapaino aiheuttaa pitkällä aikavälillä lisäsairauksia. Kun verensokeri on pitkään korkea, glukoosi kiinnittyy elimistön valkuaisaineisiin ja häiritsee valkuaisaineiden normaalia toimintaa. Muutokset rasittavat erityisesti verisuonien seinämiä ja pysyville muutoksille erityisen alttiita ovat silmän verkkokalvot, munuaiskeräset sekä alaraajat. Lisäsairauksia ei esiinny ennen murrosikää, mutta sen jälkeen hyvinkin pian, mikäli sokeritasapaino on ollut huono. (Rönnemaa 2011; Huttunen 2002, 234.)

3.3.1 Hypoglykemia eli matala verensokeri

Hypoglykemian oireita eli insuliinituntemuksia ovat ärtyisyys, kylmänhikisyys, kalpeus, väsymys, päänsärky, huimaus, keskittymisvaikeudet, vapina, täristys, heikotus sekä nälän tunne (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 170). Oireet aiheutuvat osin verensokerin laskua vastustavien hormonien vastavaikutuksesta ja osin keskushermoston energian puutteesta. Hypoglykemian syntyyn vaikuttavat eri tekijät ja pienillä lapsilla insuliinituntemuksia voi kehittyä täysin tuntemattomasta syystä. Tilanne, jossa insuliini pistetään ennen ruokailua, mutta lapsi ei syö juurikaan aterialla, tai insuliini pistetään vahingossa lihaskudokseen, voivat aiheuttaa hypoglykemian. Raskas liikunta laskee verensokeriarvoja. (Huttunen 2002, 233 - 234.)

Hypoglykemian hoito

Matalan verensokerin oireisiin pitää reagoida välittömästi, sillä ne voivat kehittyä insuliinisokiksi. Kun lapsella havaitaan insuliinituntemuksia, pitää verensokeri mitata välittömästi. Joskus alhaisen verensokerin oireita voi ilmaantua, vaikka verensokeri olisi normaali. Liian alhaisen verensokerin rajana pidetään tavallisesti 4 mmol/l. Varsinaisen hypoglykemian raja on 3 mmol/l. (Keskinen & Härmä-Rodriguez 2011, 360; Ruuskanen 2004, 211.) Hypoglykemian varalta saatavilla pitäisi aina olla nopeasti imeytyvää hiilihydraattia kuten mehua, siirappia tai hunajaa, joita voi antaa tajuissaan olevalle lapselle. Hunajaa ei saa antaa mehiläisallergiaa sairastavalle lapselle. Esimerkiksi siirapin voi sivellä suun limakalvoille, josta se vaikuttaa

nopeasti. Verensokeritason nousu pitää varmistaa mittaamalla. (Keskinen & Härmä-Rodriquez 2011, 360.)

Insuliinisokissa olevalle tajuttomalle ja mahdollisesti kouristavalle lapselle ei saa juottaa tai syöttää mitään tukehtumisvaaran vuoksi eikä kouristuksia saa yrittää estää. Kouristuksen aikana on huolehdittava, ettei lapsi vahingoita itseään. Insuliinisokin hoitona on glukagonipistos joko lihakseen tai ihon alle. Mikäli glukagonia ei ole käytettävissä, voidaan suun limakalvoille sivellä varovasti väkevää sokeriliuosta niin, ettei sokeriliuos valu tajuttoman lapsen hengitysteihin. Tajuttoman lapsen hoitoon kuuluu aina ambulanssin kutsuminen sekä vanhemmille asiasta ilmoittaminen. (Knip & Sipilä 2010, 367; Koivikko 2013.)

3.3.2 Tyypin 1 diabeteksen hoito

Diabeteksen hoidossa huomioidaan koko perhe ja lapsen hoito pyritään sovittamaan mahdollisimman saumattomasti osaksi perheen ja päivähoidon arkea (Lapsen diabetes; Saha 2011c, 335). Pää tavoitteena diabeteksen hoidossa on sopiva ja tasainen verensokeritaso hyvän arjen saavuttamiseksi, sekä pidemmän tähtäimen tavoitteena haitallisten elinmuutosten ehkäisy (Ruuskanen 2004, 207). Tyypin I diabetesta hoidetaan aina insuliinipistoksilla ja diabeetikon verensokeriarvo pyritään pitämään mahdollisimman lähellä terveen ihmisen sokeriarvoa (Saha 2011a, 350). Yksilölliset verensokeritason tavoitteet sekä pistettävän insuliinin määrän hiilihydraattigrammaa kohden määrittää hoitava lääkäri (Saha 2011b, 363).

Hoitovastuu edellyttää hyviä tietoja ja taitoja diabeteksen hoidosta ja niitä opetetaan perheelle jokaisella diabetespoliklinikka käynnillä erikoissairaanhoidossa. Pääsääntöisesti lapsen diabetesta hoitaa lääkäri, mutta diabeteshoitajalla on myös tärkeä rooli lapsen diabeteksen hoidossa. Aluksi käyntejä erikoissairaanhoitoon on viikoittain, mutta tiedon ja taidon karttuessa ja verensokeritilanteen tasoituttua erikoissairaanhoidon käynnit harvenevat 3 - 4 kuukauden väleille. (Ruuskanen 2004, 212 - 214; Knip & Sipilä 2010, 366 Keskinen 2011a, 371 - 372.)

Ihonalle pistettävää insuliinia on saatavana eripituisilla vaikutusajoilla sekä vaikutuksen alkamisajoilla. Käytössä on pitkävaikutteisia insuliineja sekä ateria- ja pikainsuliineja. Yhdistelemällä erilaisia insuliinilaatuja luodaan yksilöllinen hoitomalli diabetesta sairastavalle lapselle. Hoitoja kutsutaan annettujen pistosten

määrän mukaan yksi-, kaksi-, kolmi- tai monipistoshoidoksi. Diabeteksen hoitoon on käytössä myös insuliinipumppu. Pumppuhoidossa lapsen mukana kulkee mekaaninen laite, josta insuliini menee napin painalluksella kanyylin kautta lapsen ihon alle. (Knip & Sipilä 2010, 362 - 365.)

Monipistoshoidossa oikea määrä insuliinia lasketaan aterialla syötävän hiilihydraattimäärän mukaan. Insuliinin määrään vaikuttavat lisäksi mahdolliset liikuntasuoritukset ja aiemmin mitatut verensokeriarvot. Mikäli sokeriarvot ovat olleet korkeat, insuliinia pistetään hieman enemmän ja jos arvot ovat olleet matalat, insuliinia pistetään hieman vähemmän. Pääsääntöisesti ateriainsuliinin määrä vaihtelee joka pistokerralla. Pienillä lapsilla ateriainsuliini pistetään usein välittömästi ruokailun jälkeen, koska on haastavaa arvioida ennen ruokailua, kuinka paljon lapsi todellisuudessa syö hiilihydraatteja (Keskinen 2011b, 344 - 346.) Infektiot saattavat vaikuttaa lapsen insuliinin tarpeeseen (Saha 2011b, 363).

Insuliinin pistäminen

Insuliinia voidaan pistää insuliiniruiskulla tai insuliinikynällä. Diabeetikkolasta hoitavalla täytyy olla valmiudet pistää insuliinia, vaikkei hoitopäivän aikana pistosta tavallisesti annettaisi, koska verensokeritaso voi jostain syystä nousta arvaamatta liian korkeaksi. Pistostekniikka pitää hallita, sillä insuliini tulee herkästi pistosreiästä ulos. Lapsilla käytetään pieniä insuliiniannoksia, joten vähäinenkin hukkaan mennyt määrä insuliinia on iso osa kokonaisannosta. (Härmä-Rodriguez 2011, 340 - 341.) Lapsen lääkehoitosuunnitelmassa tulee näkyä insuliinin annosteluohjeet. Vanhemmat toimittavat hoitopaikkaan insuliinihoitoon tarvittavat välineet. (Diabetes leikkikaisella - opas päivähoitoon, 3 - 18.)

Insuliinineulat ja -ruiskut ovat kertakäyttöisiä. Insuliinikynää voidaan käyttää niin kauan, kunnes kynän säiliö on tyhjä. Kynän neulaa suositellaan vaihdettavan joka pistokerralla. Pistoksia antavan hoitajan pitää tutustua lapsella käytettävään insuliinikynään pakkauksessa olevasta käyttöohjeesta. Insuliinin annostelun on oltava äärimmäisen tarkkaa ja pakkausselosteesta tulee tarkistaa, tarvitseeko insuliinia sekoittaa ennen pistämistä. (Nikkanen 2011, 111 - 115.)

Insuliini pistetään ihonalaiseen rasvakerrokseen. Se ei saa päätyä lihakseen, koska se imeytyy sieltä eri tavalla. Vanhempien kuuluu ohjeistaa päivähoitohenkilöstöä siitä,

mihin kohtaan lasta kannattaa pistää ja miten lapsen kanssa tavallisesti toimitaan pistostilanteessa. Mahdollisia pistospaikkoja ovat reisien ulko- ja etusivut ja pakaran uloimmat yläneljännekset. Lapsille insuliinia ei yleensä pistetä mahan alueelle. Pistosaluetta vaihdellaan joka pistokerralla eikä vahingoittuneeseen ihoon tai ihon alla tuntuviin kovettumiin pistetä. Kovettumat syntyvät liian useasta pistoksesta samaan kohtaan. Ennen pistämistä ihoa ei tarvitse desinfioida, vaan riittää, että se on silmämääräisesti puhdas ja pistosvälineitä käsitellään puhtain käsin. Vaatteiden läpi ei saa pistää. Pistämiseen tarvittavat välineet on hyvä varata etukäteen. (Nikkanen 2011, 111 - 115; Härmä-Rodriguez 2011, 340 - 341.)

Insuliinikynän tai ruiskuun liitetyn neulan päässä tulisi näkyä pisara insuliinia ennen varsinaista pistosta. Kynään valitaan oikea annos 0,5 yksikön tarkkuudella. Valitusta pistospaikasta otetaan ihopoimu peukalon ja etusormen väliin, johon pistetään toisella kädellä. Insuliini painetaan rauhallisesti kudokseen ja neulaa pidetään paikallaan vielä noin 10 sekuntia, jonka jälkeen neula vedetään ulos ja hellitetään ihopoimu. (Nikkanen 2011, 111 - 115; Ruuskanen 2004, 209.)

Verensokerin mittaaminen ja omaseuranta

Hyvän hoitotasapainon kannalta verensokerin omaseuranta on tärkeää. Jokaisella diabetesta sairastavalla lapsella on oma verensokerimittari, omaseurantavihko sekä henkilökohtainen lääkärin kanssa suunniteltu aikataulu verensokerin mittauksille. Omaseurantavihkon täyttäminen on tärkeää, koska siitä voidaan seurata, miten erilaiset tekijät (esim. liikunta) vaikuttavat verensokeriarvoihin. Yleensä ennen ateriaa verensokerin olisi hyvä olla 4 - 8 mmol/l. Aterian jälkeen tavoitetaso on alle 11 mmol/l. Yksittäisiä mittaustuloksia tärkeämpää on kuitenkin pidemmän ajan hoitotasapaino. (Ruuskanen 2004, 211 - 212; Knip & Sipilä 2010, 366; Saha 2011a, 350.)

Ennen verensokerin mittausta lapsen olisi hyvä pestä kädet. Mittariin laitetaan uusi puhdas liuska ja tarkistetaan, että mittari on toimintavalmis. Tarvittava pistos tehdään sormen ulkosyrjään. Kaikista sormista voi näytteen ottaa, mutta koska peukaloa ja etusormeaa lapsi käyttää pinsettiotteeseen, kannattaa niitä välttää. Sormeaa puristetaan tasaisesti, eikä sitä saa lypsää, sillä se voi antaa väärän tuloksen. Ensimmäinen veripisara pyyhitään taitokseen ja vasta toinen otetaan liuskaan. Omaseurantavihkoon kirjataan mitattu verensokeriarvo. Lapsi kannattaa ottaa mukaan mittaamiseen heti

alusta lähtien, jolloin tilanteesta tulee rutiininomainen. Ihan pienikin lapsi mielellään kertoo, mihin sormeen pistetään ja tavallisesti koulun aloittava lapsi mittaa itse verensokerinsa. (Saha & Härmä-Rodriguez 2011a, 350; Härmä-Rodriguez 2011, 340 - 341; Ruuskanen 2004, 211 - 212; Leppiniemi 2011, 70.)

Liikunta ja ravitseminen

Diabetesta sairastava lapsi ei tarvitse erityisruokavaliota. Lapsilla, joilla on yksi-, kaksi- tai kolmipistoshoidon ruokailu vaatii enemmän suunnittelua, sillä aterioiden sisältämä hiilihydraattimäärä pitäisi olla päivästä toiseen melko sama. Vanhempien vastuulla on huolehtia kirjalliset ohjeet päivähoitoon ruokailua ja mahdollista insuliinin pistämisestä varten. (Kalavainen & Keskinen 2011, 352 - 353; Knip & Sipilä 2010, 368.)

Liikunta on hyväksi kaikkien lasten kehitykselle sekä fyysisesti että psyykkisesti. Diabeetikolla liikunta saattaa näyttäytyä liian matalina verensokereina, koska liikunnan aikana energiavarastot kuluvat ja liikunta tehostaa insuliinin vaikutusta. Verensokeritasoa on parempi korjata antamalla ennen liikuntasuoritusta lisähiilihydraatteja kuin muuttamalla pistettävän insuliinin määrää. Pienten lasten leikki saattaa vaatia leikin lomassa välipalaa. Verensokeriarvoja on hyvä liikunnan jälkeen seurata. Pumppuhoidossa olevilla lapsilla pumpun saattaa joissain lajeissa joutua ottamaan hetkeksi pois rikkoontumisvaaran vuoksi. Päivähoidossa tällainen laji voi olla mäenlasku. (Saha & Härmä-Rodriguez 2011b, 357 - 359.)

3.4 Epilepsia

Suomessa epilepsiaa sairastaa noin 5000 lasta ja nuorta. Riski sairastua on suurimmillaan alle 1-vuotiailla lapsilla. Epilepsiaa sairastavan lapsen ennuste on tavallisesti hyvä. Valtaosa epilepsiaa sairastavista lapsista saadaan lääkityksen avulla oireettomiksi ja noin puolelta voidaan lääkitys purkaa ennen aikuisikää. Useimmiten sairastumisen syytä ei löydetä. Jotkut epilepsiatyypit esiintyvät suvuittain. (Eriksson, Gaily, Hyvärinen, Nieminen & Vainionpää 2013, 6 - 8.)

Epilepsia on joukko erilaisia neurologisia ongelmia, joille on yhteistä aivojen sähköisen toiminnan häiriö. Epilepsiaa sairastava henkilö on taipuvainen saamaan epilepsiakohtauksia toistuvasti ilman mitään ulkoista laukaisevaa tekijää. Lapset ovat

aikuisia herkempiä saamaan epileptisiä kohtauksia. He voivat saada kouristuskouristuksia, ilman että kyseessä on epilepsia. Tällainen kohtaus voi esimerkiksi olla kuumekouristus. (Eriksson ym. 2013, 6 - 8.)

Epilepsiaa on useita eri tyyppisiä. Oireita sekä kohtaukselle altistavia tekijöitä on erilaisia. Jotkut epilepsiaa sairastavat lapset ovat välkevaloherkkiä. Heillä kohtauksen voi aiheuttaa tietokonepäänteen tai television välkkyvä valo. Muita yleisesti kohtauksia laukaisevia tekijöitä ovat liikaväsymys sekä voimakas psyykinen rasitus. Päivähoidon kannalta on tärkeää, että vanhemmat ohjeistavat hoitohenkilökuntaa juuri heidän lapsensa oireista ja kohtauksen hoidosta. (Eriksson ym. 2013, 36.)

Erilaisia epilepsian oireita on laaja kirjo. Lievimillään se voi olla raajan pieni tahaton liike tai maku- tai hajuaistimus. Pahimmillaan epilepsia-kohtaus on tajuttomuuskouristuskohaus. Oireena voi olla myös tajunnan hämartyminen. Minkään tyyppinen kohtaus ei saa kestää yli viittä minuuttia eikä toistua niin usein, ettei lapsi ehdi toipua edellisestä kohtauksesta. Epilepsia-kohtauksen jälkeen lapsi on usein väsynyt. (Eriksson & Nieminen 2003, 15 - 21.)

Päivähoitossa epilepsia saattaa näyttäytyä myös lapsen kognitiivisten vaikeuksien kautta, vaikka lapsi olisikin täysin kohtaukseton. Epilepsiaan liittyy joillain lapsilla tarkkaavaisuus- ja keskittymishäiriöitä, kielellisiä ongelmia ja oppimis- sekä muistivaikeuksia. Lapsi saattaa tarvita hieman muita enemmän ohjausta ja kannustusta. Vaikeahoitoisen epilepsiaa sairastavan lapsen kohdalla saattaa olla tarpeen tehdä erityisjärjestelyjä mm. ryhmäkoon suhteen. Liikuntaan, ruokailuihin ja muihin päiväkodin toimintoihin epilepsiaa sairastava lapsi voi osallistua useimmiten normaalisti. Kohtausten varalta uimisessa kannattaa lasta tarkkailla huolella sekä tietyissä urheilulajeissa, joissa lapsen tajunnan menettäminen äkkiä voi aiheuttaa vaaratilanteita. Tällaisia ovat mm. ratsastus, paini ja mäenlasku. (Eriksson ym. 2013, 27.)

3.4.1 Epilepsian hoito ja kohtauksen ensiapu

Epilepsian lääkehoidossa tavoitteena on oireettomuus sekä lääkehaittojen minimointi. Lapsen normaalia kehitystä seurataan ja turvataan. Lapsen tulisi saada elää mahdollisimman normaalia elämää. Hoitamattomana epilepsia on etenevä sairaus, joka vahingoittaa lapsen normaalia iän mukaista kehitystä. Lääkehoito on tavallisesti

kahdesti päivässä suun kautta otettava lääkitys, jonka ajoitusta voidaan muutamalla tunnilla tarvittaessa siirtää. Näin lääkehoito voidaan tehdä pääsääntöisesti kotona. (Eriksson ym. 2013, 8, 21.) Kohtauksiin ei yleensä tarvita mitään ensiapulääkitystä ellei kohtaus pitkity tai toistu liian usein. Vaikeahoitoisissa epilepsioissa lapsikohtainen lääkehoitosuunnitelma määrittelee annetaanko lääkettä (peräruiske tai posken limakalvoille laitettava liuos) vai odotetaanko ensihoitajia, jotka arvioivat lääkityksen tarpeellisuuden. (Eriksson ym. 2013, 25.)

Päiväkodissa epilepsiaa sairastavaa lasta on hyvä seurata tarkemmin etenkin, jos hänellä on ollut kohtauksia lähiaikoina. Vanhempien tehtävä on tiedottaa varhaiskasvatushenkilöstöä lapsen oireista ja mahdollisista ennakko-oireista. Epilepsiakohtauksen mahdollisuus tulee tiedostaa, mutta sitä ei tule pelätä. Kyseessä ei ole lapsen henkeä uhkaava vaara. Lievemmat oireet saattavat jopa jäädä kokonaan huomaamatta. Aikuisen rauhallinen suhtautuminen kohtauksen sattuessa on tärkeää niin epilepsiaa sairastavalle lapselle kuin lapsen leikkitovereillekin. Ensiapuohjeet ovat erilaiset tajuttomuuskourituskohtauksessa ja tajunnanhämmärtymiskohtauksessa. Lapsen lääkehoitosuunnitelmassa tulee lukea, minkälaisia kohtauksia lapsella esiintyy. Hoitajan on hyvä kirjata ylös millainen epilepsiakohtaus oli, kauan se kesti ja muita erityisiä huomioita, koska tiedot ovat vanhemmille tärkeitä lapsen pitkäaikaishoidon kannalta. Sattuneesta kohtauksesta ilmoitetaan vanhemmille välittömästi kohtauksen jälkeen. (Eriksson ym. 2013, 25.)

Tajuttomuuskouristuskohtauksessa lapsi menee tajuttomaksi, kaatuu ja lyhyen jäykistymisen jälkeen alkaa kouristella. Lapsen hengitys saattaa hetkeksi pysähtyä ja suusta saattaa tulla vaahtoa tai verta. Lapsen suuhun ei saa laittaa mitään eikä kouristelua saa estää. Aikuisen tehtävänä on suojata lasta satuttamasta itseään kouristuksen aikana. Terävät esineet kannattaa siirtää kauemmas. Tarvittaessa lasta voi siirtää, mikäli on vaara, että hän osuu johonkin terävään kulmaan. Kohtaus kestää yleensä muutaman minuutin, minkä jälkeen lapsi asetetaan kylkiasentoon ja tarkistetaan, että hengitystiet ovat auki kääntämällä lapsen päätä hieman taaksepäin. Tajunnan palauduttua lapsi saattaa olla tavallista väsyneempi eikä välttämättä jaksaa jatkaa hoitopäivää loppuun asti. Lapsen kanssa pitää puhua tilanteesta ja samalla tarkkailla, että hän on varmasti toipunut entiselleen kohtauksen jäljiltä. Mikäli kohtauksia tulee useita tai ne pitkittyvät, soitetaan hätäkeskukseen. (Eriksson ym. 2013, 25 - 26.)

Tajunnanhämmäytymiskohtauksessa lapsi on sekavan oloinen eikä reagoi ympäristöönsä. Hän saattaa toimia oudosti, mm. toistaa jotain liikettä pakonomaisesti, kävellä tai maiskutella. Tällöin hoitajan pitää pysyä kohtauksen saaneen lapsen lähellä ja katsoa, ettei hän vahingoita itseään. Tarvittaessa lasta voi yrittää ohjailla. Liikuskelua ei kuitenkaan kannata yrittää estää, sillä lapsi todennäköisesti vastustaa sitä. Kohtaus menee yleensä itsekseen ohi, mutta mikäli se pitkittyy yli viiden minuutin mittaiseksi, soitetaan ambulanssi. (Eriksson ym. 2013, 26.)

4 YHTEISTYÖ PITKÄAIKAISSAIRAIDEN LASTEN VANHEMPIEN KANSSA PÄIVÄHOIDOSSA

Varhaiskasvatuksen keskeisimmäksi toimintaperiaatteeksi määritellään kasvatuskumppanuus. Toimintamallissa sekä varhaiskasvatushenkilöstö että lapsen vanhemmat sitoutuvat tietoisesti tukemaan lapsen kasvua, kehitystä ja oppimista. Vanhemmilla on ensisijainen vastuu sekä oikeus lapsensa kasvatukseen ja he myös tuntevat lapsensa parhaiten. Varhaiskasvatushenkilöstö tuo kasvatuskumppanuuteen oman ammatillisen osaamisensa sekä vastuun yhteistyön rakentamisesta ja ylläpitämisestä. Varhaiskasvatuksen tehtävänä on myös vahvistaa ja tukea lapsen kotikasvatusta. (Heikkilä ym. 2005, 15 - 18.) Varhaiskasvatushenkilöstön osaaminen lapsen normaalin kehittymisen seurannassa on hyvä tuki pitkäaikaissairaanlapsen vanhemmille sekä terveydenhuollolle. He näkevät lasta päivittäin ammattilaisen silmin. Päivähoito on myös tärkeässä asemassa kuntouttamassa pitkäaikaissairasta lasta. (Lindholm 2004, 24.) Kasvatuskumppanuudesta on tehty jonkin verran tutkimusta. Lehtipään pro gradussa (Lehtipää 2007) tutkittiin päivähoidon ja vanhempien kasvatuskumppanuutta pikkulapsiperheiden arjessa. Tuloksissa ongelmakohdiksi kasvatuskumppanuuden onnistumiselle nousivat etenkin tiedonkulku, päivittäinen tiedottaminen sekä lapsen yksilöllisten tarpeiden huomioiminen. (Lehtipää 2007, 5 - 7.)

Yhteistyön onnistumiselle on edellytyksenä luottamus, tasavertaisuus sekä molemmin puolinen kunnioitus. Avoin kommunikaatio molempiin suuntiin on ehdottoman tärkeää pitkäaikaissairaanlapsen hoidossa. Kuuntelemalla ja keskustelemalla varmistetaan, että molemmat osapuolet ovat samaa mieltä siitä, miten lasta pitää hoitaa. Suositeltavaa olisi, että vanhemmat ja päiväkodin edustaja vaihtaisivat lapsen kuulumisia myös sitä varten erikseen varatulla ajalla. Hoitoon tuodessa ja sieltä

lähdetessä viestintä jää helposti liian pintapuoliseksi sekä yksisuuntaiseksi. (Kuokkanen 2006, 37 - 40; Kaskela & Kekkonen 2006, 18 - 20.)

Hyvä ilmapiiri vanhempien ja päivähoidon henkilöstön välillä mahdollistaa vaikeistakin asioista puhumisen. Kertomalla hoitopäivän aikaisista tapahtumista vanhemmille päiväkodin työntekijä tekee vanhemmasta osallisen lapsen hoitopäivään. Vanhemman on helpompi luottaa lapsen hoitajaan, kun hänellä on käsitys, mitä hoidossa tapahtuu ja tunne siitä, että hänelle kerrotaan asiat suoraan. Luottamuksen synty kestää oman aikansa, mutta lapsen hoidon kannalta se on tärkeää. (Kaskela & Kekkonen 2006, 21.)

Vanhempien kanssa yhteistyötä hankaloittavia tekijöitä voivat olla ajanpuute ja työntekijöiden vähäinen määrä. Johdon tuen vähäisyys, menetelmien puute, työn kuormittavuus sekä työntekijöiden teoretiedon vähäisyys, asenteisiin liittyvät kysymykset ja yhteistyötaitojen puute voivat vaikuttaa negatiivisesti yhteistyöhön pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa. Joskus nimenomaan tukea tarvitsevien lasten vanhempia on vaikea saada osallistumaan lasta koskeviin yhteisiin tilaisuuksiin, esimerkiksi vanhempainiltaan ja tämä vaikeuttaa päiväkodin ja vanhempien välistä yhteistyötä. (Pihlaja & Viitala 2004, 107 - 108.)

Pitkäaikaissairaana lapsen vanhempien on omalta osaltaan tärkeää huolehtia, että päivähoidon henkilökunnalla on edellytykset hoitaa hyvin lasta. Vanhempien tulee pitää päivähoidon henkilökuntaa ajan tasalla lapsen voinnista. Lapsen siirtyessä uuteen hoitopaikkaan tai diagnoosin varmistuessa pitää vanhempien toimittaa päivähoitopaikalle kopio lääkärin todistuksesta sekä ajan tasalla olevat päivähoitoa koskevat kirjalliset ohjeet sairaudenhoidosta. Vanhempien tehtävänä on toimittaa hoitopaikkaan kaikki lapsen sairaudenhoitoon tarvittavat lääkkeet ja tarvikkeet. Heidän tulee myös tarvittaessa ”kädestä pitäen” opettaa päivähoidosta nimetylle hoitajalle miten hoitovälineitä käytetään ja lääkettä annetaan. Lisäksi pitkäaikaissairaana lapsen hoidossa pitää osata varautua mahdollisiin ensiaputilanteisiin. Niistä on hyvä kirjata mahdolliset varomerkit, oireet sekä tarvittavat toimenpiteet. (Päivähoidon allergia- ja astmaohjeisto, 7 - 8.)

5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata mahdollisimman kattavasti Kouvolan kaupungin varhaiskasvatushenkilöstön kokemusta pitkäaikaissairaiden lasten hoidosta päiväkodissa. Tavoitteena on selvittää, millainen on varhaiskasvatushenkilöstön näkemys kyvyistään pitkäaikaissairaiden lasten hoidossa päiväkodissa, millaisen tuen varhaiskasvatusorganisaatio antaa pitkäaikaissairaiden lasten hoitamiselle sekä minkälaisia ongelmakohtia varhaiskasvatushenkilöstö on kokenut yhteistyössä pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa. Tässä tutkimuksessa keskitytään etenkin pitkäaikaissairauksien lääkehoitoon sekä ensiaputilanteisiin. Tutkimuskysymykset kartoittavat sekä varhaiskasvatushenkilöstön subjektiivista näkemystä ja kokemusta että konkreettista tietotaitoa pitkäaikaissairaiden lasten hoidosta. Tutkimus vastaa osaltaan sosiaali- ja terveysministeriön kunnille asettamaan tavoitteeseen ”Päivähoitohenkilöstön lääkehoidon osaamista tulee seurata, ylläpitää ja kehittää” (STM 2012).

Tutkimuskysymykset:

- Miten varhaiskasvatusorganisaatio tukee varhaiskasvatushenkilöstöä pitkäaikaissairaiden lasten hoidossa?
- Millainen on varhaiskasvatushenkilöstön oma näkemys kyvyistään hoitaa pitkäaikaissairaita lapsia?
- Minkälaisia ongelmia varhaiskasvatushenkilöstö on kokenut yhteistyössä pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen tutkimus tarkoittaa määrällistä tutkimusta. Määrälliselle tutkimukselle tyypillisiä piirteitä ovat aiemmin kirjoitettu teoria, hypoteesit, otos sekä tulosten esittäminen taulukoina. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 139 - 140.) Määrällisen tutkimuksen kulmakivenä on käsitteiden määrittäminen ennen tutkimuksen suorittamista. Tämä tarkoittaa sitä, että kvantitatiivinen tutkimus aloitetaan teoriaosuuden kirjoittamisella ja käsitteet määritellään kirjoitetun teorian pohjalta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käsitteelliset asiat ja ilmiöt tulee muuttaa

tutkittavaan muotoon, toisin sanoen tutkijan on muutettava tutkittava asia kysymyksiksi ja vastausvaihtoehdoiksi. (Vilkkä 2007, 14 - 15.) Kvantitatiivinen tutkimus voi olla selittävä, kuvaileva, kartoittava, vertaileva tai ennustava (Vilkkä 2007, 19 - 22).

Kuvailevassa tutkimuksessa korostuu tarkkuus, yleistettävyyys ja luotettavuus. Kuvaileva tutkimus ei aseta hypoteeseja ja se vastaa kysymyksiin mikä, kuka, millainen, missä ja milloin. (Heikkilä 2008, 14.) Tämä tutkimus on kuvaileva ja tutkimustyö aloitettiin rajaamalla aihe sekä rakentamalla sille teoreettinen viitekehys. Tutkimuksen keskeiset käsitteet on määritelty työn teoriaosuudessa. Alustavat tutkimuskysymykset ovat muotoutuneet lopulliseen muotoonsa teorian mukaan ja tutkijat ovat operationalisoineet tutkimusongelmat kysymyksiksi ja vastausvaihtoehdoiksi. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla Kouvolan kaupungin varhaiskasvatushenkilöstön näkemyksiä lasten pitkäaikaissairauksien hoidosta päiväkodissa. (Ks. Hirsjärvi ym. 2009, 140 - 159; Vilkkä 2007, 14.)

6.1.1 Survey- eli kyselytutkimus

Survey- eli kyselytutkimus on yksi kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän muoto. Kyselytutkimuksesta saatua tietoa voidaan analysoida sekä määrällisesti että laadullisesti ja se on oiva tapa kerätä tietoa silloin, kun tutkittava joukko on suuri. Tässä tutkimuksessa halutaan tuottaa yleistettävissä olevia johtopäätöksiä isosta otoksesta, joten tutkimus on toteutettu kvantitatiivisia menetelmiä käyttäen. Tällöin kyselytutkimuksen tuottama data on numeraalista ja sitä analysoidaan tilastollisilla menetelmillä. (Hirsjärvi ym. 2009, 139 - 140; Heikkilä 2008, 19.)

Kyselytutkimus voidaan toteuttaa paperilomakkeella, haastattelemalla tai sähköisellä kyselyllä. Sähköinen kysely lähetetään sähköpostin välityksellä, joten postimaksuja ei tule. Sähköisen datan analysointi on vähemmän työlästä, jolloin tutkimuksessa voidaan käyttää isoakin otosta. Haasteina kyselytutkimuksissa on tavallisesti vastaajakato, vastaajien motivaatio vastata rehellisesti sekä väärinymmärrykset kysymyksissä tai vastausvaihtoehdoissa. Tässä tutkimuksessa kysely toteutetaan sähköisellä strukturoidulla kyselylomakkeella, koska sähköisiin kyselyihin vastataan useammin kuin paperilla oleviin kyselylomakkeisiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 193 - 196; Electronic surveys.)

6.1.2 Kohderyhmä ja tutkimuslomakkeen laadinta

Perusjoukko tarkoittaa tutkimuskohteeksi määritellyä joukkoa. Tämän tutkimuksen perusjoukko on Kouvolan kaupungin varhaiskasvatushenkilöstö. Tutkimus toteutetaan kokonaistutkimuksena eli kaikki Kouvolan päiväkotien lastenhoidon ammattilaiset saavat kyselyn täytettäväkseen. Tutkimuksen ulkopuolelle jäävät yksityisissä päiväkodeissa työskentelevä varhaiskasvatushenkilöstö, sekä perhepäivä- ja ryhmäperhepäivähoitajat. Tutkimuksen ulkopuolelle jäävät myös lyhytaikaiset sijaiset ja muut väliaikaiset työntekijät.

Hyvä tutkimuslomake on selkeä: vastausohjeet ovat lyhyet ja ytimekkäät, lomake on sopivan pituinen ja kussakin kysymyksessä käsitellään vain yhtä asiaa kerrallaan. Tutkimuslomake tulisi testata ennen sen lähettämistä vastaajakunnalle. (Heikkilä 2008, 48 - 49.) Kysymystyyppejä on erilaisia. Suljetut eli strukturoidut kysymykset sisältävät valmiit vastausvaihtoehdot, joiden tulee olla toisensa poissulkevia. Käytettäessä suljettuja kysymyksiä, kaikille vastaajille tulee löytyä sopiva vaihtoehto eikä vaihtoehtoja saa olla liikaa. Sekamuotoisille kysymyksille tyypillistä on, että osa vastausvaihtoehdoista on valmiina ja yleensä yksi vastausvaihtoehdoista on avoin. Sekamuotoisia kysymyksiä on hyvä käyttää silloin, kun ei olla varmoja kyselylomaketta laadittaessa, osataanko ottaa kaikki mahdolliset vastausvaihtoehdot huomioon. (Heikkilä 2008, 50 - 52.) Tämän tutkimuksen kyselylomakkeessa (liite 4) käytetään sekä sekamuotoisia että suljettuja kysymyksiä ja osassa kysymyksistä voi valita useamman vastausvaihtoehdon.

Tutkimuslomake sisältää neljä vastaajan taustatietoihin liittyvää kysymystä. Taustamuuttujakysymykset on sijoitettu lomakkeen alkuun, koska kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää, että alkuosan kysymyksiin on helppo vastata. Kvantitatiivisen tutkimuksen vastaajat vastaavat usein huolellisemmin kyselyyn, mikäli taustamuuttujat on kysytty heti kyselyn alussa (vrt. Heikkilä 2008, 48 - 49). Tässä tutkimuksessa kysytään vain epäsuoria tunnistetietoja sisältäviä kysymyksiä, joten vastaajien anonymiteetti säilyy. Monivalintakysymyksillä kartoitetaan pääosin vastaajien mielipiteitä sekä toimintatapoja lasten pitkäaikaissairauksista ja niiden hoidosta. Täysin avoimia kysymyksiä ei kyselyssä käytetä niiden analysoinnin hankaluuden vuoksi.

Kyselylomakkeen testaus on erittäin tärkeä osa kyselylomakkeen laadintaa, koska aineiston keruun jälkeen virheitä ei pystytä enää korjaamaan (Vilkkä 2007, 78). Tämän tutkimuksen sähköinen kyselylomake esiteltiin lastentarhanopettajalla ja lastenhoitajalla, jotka eivät ole työsuhteessa Kouvolan kaupungilla sekä pitkäaikaissairaalan lapsen vanhemmalla, kahdella opponentilla, ohjaavalla opettajalla sekä kolmella muulla henkilöllä. Heidän kokemusten perusteella kyselyyn tehtiin vielä pieniä korjauksia.

Saatekirjeen tehtävänä on antaa vastaajalle tietoa siitä, mihin hän vastaa ja mihin tarkoitukseen tietoja käytetään. Saatekirjeen sävy tulisi olla kohtelias ja myönteinen ja se tulisi suunnata vastaajakunnalle. Mikäli saate ei kohtaa kyselyyn vastaajaa, voi tutkittava kokea vastaamisen hyödyttömäksi ja näin tutkimuksen vastausprosentti jäädä alhaiseksi. Suurta joukkoa tutkittaessa kannattaa saatteessa teititellä vastaajia. Hyvin tärkeää on kertoa saatteessa, ketkä tutkimuksen tekevät ja mainita heidän yhteystiedot sekä kuka tutkimuksen on tilannut. Tutkittava asia olisi hyvä esittää ymmärrettävästi ja konkreettisesti, jotta vastaaja tietää, mihin hän voi vastauksellaan vaikuttaa. (Vilkkä 2007, 82 - 88.)

6.2 Tutkimusaineiston keruu sähköisesti

Tämä tutkimus toteutetaan sähköisesti Zef-ohjelmaa käyttäen. Sähköisen kyselyn laatimisessa käytetään apuna muuttujataulukkoa (liite 3) varmistamaan, että teoria ja empiirinen osio palvelevat asetettuja tutkimuskysymyksiä. Zef-ohjelmasta saatu julkinen vastauslinkki lähetetään Kouvolan kaupungin päiväkodinjohtajille ja päiväkodinjohtajat lähettävät kyselyn edelleen työntekijöilleen. Kysely on tarkoitettu lähetettäväksi vakituudessa työsuhteessa oleville tai pidemmässä määräaikaisessa työsuhteessa oleville työntekijöille. Työntekijöiden vastaukset palautuvat suoraan tutkijoille, mikä suojelee vastaajien anonymiteettia. Lähetettyään kyselyn työntekijöilleen päiväkodinjohtajat vastaavat paluuviestillä tutkijoille, kuinka monelle työntekijälle he lähettivät kyselyn.

Ennen kyselyjen lähettämistä, päiväkodinjohtajiin otettiin yhteyttä puhelimitse. Puhelimesta johtajille kerrottiin tutkimuksesta sekä tulevasta sähköpostista, joka johtajien tulisi lähettää työntekijöilleen. Päiväkodinjohtajille tarkoitettu sähköpostiviesti rakennettiin kaksiosaiseksi: sähköpostin alussa oli punaisella tekstillä kerrottu lyhyesti tutkimuksesta ja ohjeet, kuinka toimia, sekä päiväkodinjohtajille

tarkoitettu oma linkki, josta pääsi tarkastelemaan kyselyä vaikuttamatta lopulliseen vastaajamäärään. Työntekijöille eteenpäin lähetettäväksi tarkoitettu teksti oli mustalla. Ennen sähköpostin lähettämistä edelleen työntekijöille, päiväkodinjohtajia oli ohjeistettu poistamaan sähköpostiviestistä punainen teksti. Yhteistyö päiväkodinjohtajien kanssa sujui hyvin ja 22 johtajaa laittoi kyselyn eteenpäin työntekijöilleen. Yksi päiväkodinjohtajista ei ollut teknisten syiden takia saanut sähköpostia, eikä sen takia pystynyt sitä edelleen lähettämään. Viisi päiväkodinjohtajaa ei laittanut kyselyä eteenpäin muiden syiden takia.

6.3 Tutkimusaineiston analysointi ja esittäminen

Zef-ohjelmalla saadut tiedot palautuvat suoraan järjestelmätiedostoksi, joka pienin muokkauksin on valmis aineisto analysoitavaksi tilasto-ohjelmalla (ks. Vilka 2007, 113). Tässä tutkimuksessa järjestelmätiedosto syötetään SPSS-ohjelmaan, jonka avulla varsinainen analysointi toteutetaan. Osa tuloksista analysoidaan Excel-ohjelmaa käyttäen.

Tutkimusaineistoa voidaan tarkastella joko yksi muuttuja kerrallaan tai useaa muuttujaa samalla kertaa. Yksittäisiä muuttujia analysoidaan tarkkaillaan sijaintilukuja. Sijaintilukuja ovat tavallisesti moodi, joka tarkoittaa useimmiten esiintyvää muuttujan arvoa sekä keskiarvoa, jossa havaintojen arvot lasketaan yhteen ja sitten jaetaan havaintolukujen määrällä. Useampaa muuttujaa voidaan tarkastella ristiintaulukoimalla, jolloin voidaan tutkia miten yksittäinen muuttuja vaikuttaa toiseen muuttujaan. Varsinaisia päätelmiä syy-seuraussuhteista ei tällä perusteella kuitenkaan voi tehdä. (Vilka 2007, 118 - 124.) Tässä tutkimuksessa ristiintaulukointia on hyödynnetty jaettaessa tuloksia erikseen päivähoitoalueiden mukaan. Jokaiselle kysymykselle on erikseen mietitty sopivin analysointitapa.

Määrällisen tutkimuksen tuloksia voidaan esittää eri tavoin. Tulokset tulee esittää objektiivisesti eli tutkijasta riippumattomasti ja tutkijan tulee välttää tulosten esittämisessä harhaan johtavia lauseita ja taulukoita. Taulukot havainnollistavat hyvin saatuja tutkimustuloksia, mutta ne eivät yksin riitä esittämään tuloksia. Niitä tuleekin käyttää harkiten ja yleensä keskeisimmät tulokset esitetään taulukoina. (Vilka 2007, 119 - 120.) Tässä tutkimuksessa suurin osa tuloksista esitetään sanallisessa muodossa käyttäen joko prosenttilukua tai esiintymistiheyttä eli frekvenssiä. Ristiin vertaamisella saatuja tuloksia esitetään myös taulukoimalla vastaukset, jolloin tulosten

lukeminen on selkeämpää. Alueittain ristiintaulukoidut vastaukset on värikoodattu taulukoihin.

7 TULOKSET

Kyselyyn vastasi 332 henkilöstä 94. Vastausprosentiksi muodostui 28,3 %. Kysely lähetettiin päiväkodinjohtajille 4.3.2014 ja vastausaika päättyi 20.3.2014. Suurin osa päiväkodinjohtajista lähetti kyselyn eteenpäin työntekijöilleen 5.3.14. Koska kysely kulkeutui työntekijöille päiväkodinjohtajien kautta, on mahdollista, että osa työntekijöistä on saanut kyselyn myöhemmin kuin toiset.

Tuloksiin ei ole otettu mukaan kesken jääneitä vastauksia. Kyselyn oli jättänyt kesken Zef-ohjelman mukaan 18 henkilöä. Zef-ohjelma laskee kyselyn kokonaan täytetyksi silloin, kun kyselyn viimeiseen kysymykseen vastataan. Zef-ohjelmalla toteutetussa kyselyssä on mahdollista jättää väliin kysymyksiä. Vastausajan umpeuduttua kyselyn loppuun asti tehneitä vastaajia oli yhteensä 94 ja kyselyn aloittaneita, mutta kesken jättäneitä oli yhteensä 112 (keskenjättäneet $112 - 94 = 18$). Excel-ohjelmasta haimme keskeneräiset vastaukset sillä perusteella, ettei viimeiseen kysymykseen oltu vastattu. Tällä haulla Excel antoi 18 tulosta, joka tukee Zef-ohjelmasta saatua lukua: keskeyttäneitä 18.

Tutkijat päätyivät jättämään keskeneräiset vastaukset tutkimuksen ulkopuolelle luotettavuuden parantamiseksi. Mikäli vastaaja joutui jättämään kyselyn kesken, antaa Zef-ohjelma vastaajalle eri linkin, josta kyselyä tulisi jatkaa, kuin mikä alkuperäinen vastauslinkki on. On todennäköistä, että vastaamisen kesken jättäneet ovat jatkaneet kyselyyn vastaamista alkuperäisen vastauslinkin kautta ja näin ollen he ovat vastanneet kyselyyn kaksi kertaa.

Katoanalyysiä tehdessä vastaajajoukosta erottuu selvästi yksi vastaamatta jättäneiden ryhmä. 0 - 2 vuotta päiväkodissa työskennelleistä varhaiskasvatushenkilöistä vain kaksi oli vastannut kyselyyn. Kauemmin päivähoidossa työskennelleet työntekijät olivat vastanneet selvästi suuremmalla joukolla kyselyyn. Aineisto on hieman vinoutunut siltä osin.

7.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista 35,1 % (n=33) työskenteli Pohjoisella alueella, 34,0 % (n=32) Keskeisellä alueella ja 30,9 % (n=29) Eteläisellä alueella. Osa tuloksista esitetään työskentelyalueittain, jotta tutkimuksessa esiin tulleisiin tuloksiin liittyviä mahdollisia jatkotoimenpiteitä olisi helpompi kohdentaa. Kaikki kyselyyn vastanneet vastasivat työskentelyaluetta koskevaan kysymykseen (N=94).

Vastanneista 68 oli työskennellyt päiväkodissa yli 10 vuotta, 29 oli työskennellyt 3 - 9 vuotta ja 2 vastaajista oli työskennellyt päiväkodissa 0 - 2 vuotta. Koska kahden vastaajan edustama ryhmä 0 - 2 vuotta työskennelleet ei ollut tilastollisesti merkittävä vastaajaryhmä, analysoinnin yhteydessä yhdistettiin nämä vastaukset 3 - 9 vuotta työskennelleisiin vastaajiin. Näin ollen työkokemus esitetään kahtena muuttujana kolmen sijasta. Kaikki kyselyyn vastanneet vastasivat työkokemusta koskevaan kysymykseen (n=94).

Ammattikorkeakoulussa tai yliopistossa kouluttautuneita lastentarhanopettajia oli vastanneista 37. Lastenhoitajia vastanneista oli 46 ja lähihoitajia kuusi. Kolme vastanneista ilmoitti olevansa ammattinimikkeeltään jokin muu, esimerkiksi erityisohjaaja tai ryhmäperhepäivähoitaja. Kyselyssä ammattinimikettä koskenut muuttuja oli lopulta jaettu huonosti vastausvaihtoehtoihin. Lastenhoitajan ja lähihoitajan tutkinnot oli erikseen ja näin ollen lastenhoitoon erikoistuneella lähihoitajalla oli epäselvää, mihin vaihtoehtoon hän kuuluu. Tästä syystä ammattiryhmät on tuloksissa jaettu toisen ja kolmannen asteen koulutuksen käyneisiin työntekijöihin. Alemman tai ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneita vastaajia oli 37, toisen asteen tutkinnon suorittaneita oli 55. Kysymykseen vastasi yhteensä 92 työntekijää.

Vastanneista suurin osa on hoitanut työuransa aikana allergisia sairauksia (n=82) tai astmaa (n=77) sairastavaa lasta. Noin kaksi kolmesta (n=65) on hoitanut työuransa aikana tyypin 1 diabetesta sairastavaa lasta. Hieman alle puolet (n=41) vastanneista on hoitanut epilepsiaa sairastavaa lasta työuransa aikana. Kolme henkilöä vastasi, ettei ole työuransa aikana hoitanut pitkäaikaissairasta lasta. Keskimäärin yksi vastaaja on hoitanut noin kolmea eri pitkäaikaissairautta työuransa aikana. Kysymykseen vastasi yhteensä 93 työntekijää.

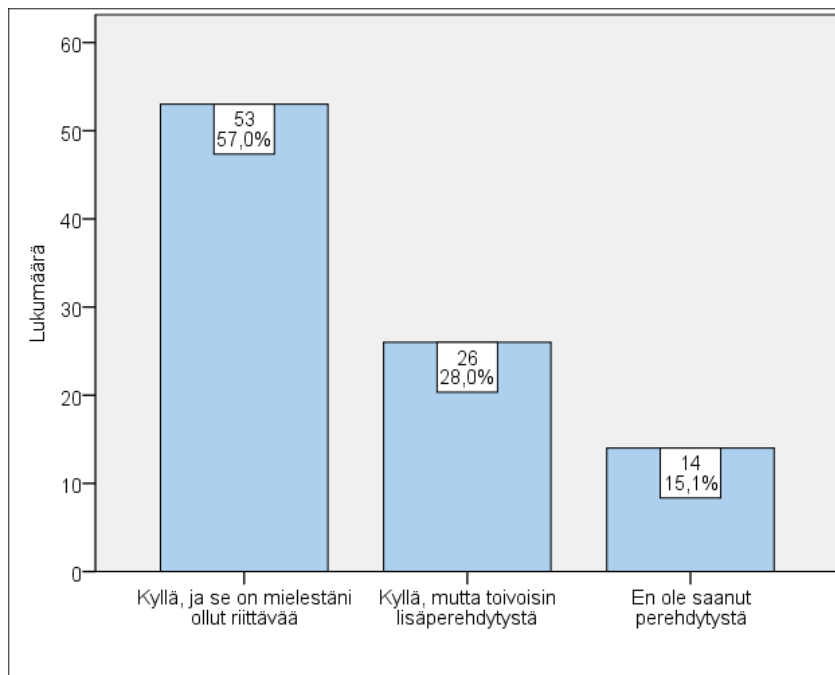
Alueittain ristiintaulukoimalla ilmenee, että Keskisen alueen hoitajilla on muita alueita enemmän kokemusta kaikista lasten yleisimpien pitkäaikaissairauksien hoidosta. Pohjoisella alueella allergisia sairauksia ja astmaa oli hoidettu selkeästi enemmän kuin tyypin 1 diabetesta ja epilepsiaa. Eteläisellä alueella on hoidettu melko tasaisesti allergisia sairauksia, astmaa ja tyypin 1 diabetesta, epilepsiaa selkeästi vähemmän. Eteläisen alueen vastaajista kaksi ja Pohjoisen alueen vastaajista yksi ei ollut hoitanut ollenkaan pitkäaikaissairasta lasta työuransa aikana.

		Oletko hoitanut pitkäaikaissairasta lasta työurasi aikana?					Yhteensä
		Kyllä allergisia sairauksia sairastavaa lasta	Kyllä astmaa sairastavaa lasta	Kyllä tyypin 1 diabetesta sairastavaa lasta	Kyllä epilepsiaa sairastavaa lasta	En ole hoitanut pitkäaikaissairasta lasta	
Eteläinen	Lkm	22	23	20	13	2	28
	%	78,6 %	82,1 %	71,4 %	46,4 %	7,1 %	
Keskinen	Lkm	30	27	26	20	0	32
	%	93,8 %	84,4 %	81,3 %	62,5 %	0,0 %	
Pohjoinen	Lkm	30	27	19	8	1	33
	%	90,9 %	81,8 %	57,6 %	24,2 %	3,0 %	
Yhteensä	Lkm	82	77	65	41	3	93

Kuva 1. Pitkäaikaissairaiden lasten hoitaminen päivähoito alueittain (n=93)

7.2 Varhaiskasvatusorganisaation antama tuki pitkäaikaissairaalan lapsen hoidossa

Yli puolet vastaajista oli saanut työpaikkakohtaisen perehdytyksen päiväkodissa tapahtuvaan lääkehoitoon ja koki sen riittäväksi. Lähes kolmasosa vastaajista oli saanut perehdytyksen lääkehoitoon, mutta toivoisi lisäperehdytystä ja 15,1 % vastanneista ei ollut saanut lainkaan perehdytystä päiväkodissa tapahtuvaan lääkehoitoon. Kysymykseen vastasi 93 työntekijää.



Kuva 2. Perehdytys päiväkodissa tapahtuvaan lääkehoitoon (n=93)

Pohjoisella alueella työskennelleistä 22 vastaajaa oli saanut perehdytyksen päiväkodissa tapahtuvaan lääkehoitoon ja 10 oli saanut perehdytyksen, muttei kokenut sitä riittäväksi tai ei ollut saanut sitä lainkaan. Keskisellä alueella 18 oli saanut perehdytyksen lääkehoitoon ja koki sen riittäväksi, 14 ei kokenut perehdytystä riittäväksi tai ei ollut saanut sitä lainkaan. Eteläisellä alueella 13 vastaajaa koki perehdytyksen lääkehoitoon riittävänä, kun taas 16 vastaajista ei kokenut perehdytystä riittävänä tai ei ollut saanut sitä.

			Oletko saanut työpaikkakohtaisen perehdytyksen päiväkodissa tapahtuvaan lääkehoitoon?			Yhteensä
			Kyllä, ja se on mielestäni ollut riittävää	Kyllä, mutta toivoisin lisäperehdytystä	En ole saanut perehdytystä	
Millä alueella työskentelet?	Eteläinen	Lukumäärä	13	11	5	29
		%	44,8%	37,9%	17,2%	100,0%
	Keskinen	Lukumäärä	18	10	4	32
		%	56,3%	31,3%	12,5%	100,0%
	Pohjoinen	Lukumäärä	22	5	5	32
		%	68,8%	15,6%	15,6%	100,0%
Yhteensä		Lukumäärä	53	26	14	93
		%	57,0%	28,0%	15,1%	100,0%

Kuva 3. Perehdytys lääkehoitoon alueittain (n=93)

Lähes jokainen vastanneista, 82,4 % oli tutustunut ryhmänsä lapsien henkilökohtaisiin lääkehoitosuunnitelmiin. 15,4 % vastanneista ei ollut tutustunut lääkehoitosuunnitelmiin, koska ryhmässä, jossa he työskentelivät, ei ollut lapsia, joilla olisi ollut lääkehoitosuunnitelma. Vain 2,2 % eli 2 vastaajista ei ollut tutustunut ryhmänsä lasten henkilökohtaisiin lääkehoitosuunnitelmiin, vaikka ryhmässä oli lapsia, joilla oli oma lääkehoitosuunnitelma. Kysymykseen vastasi yhteensä 91 työntekijää.

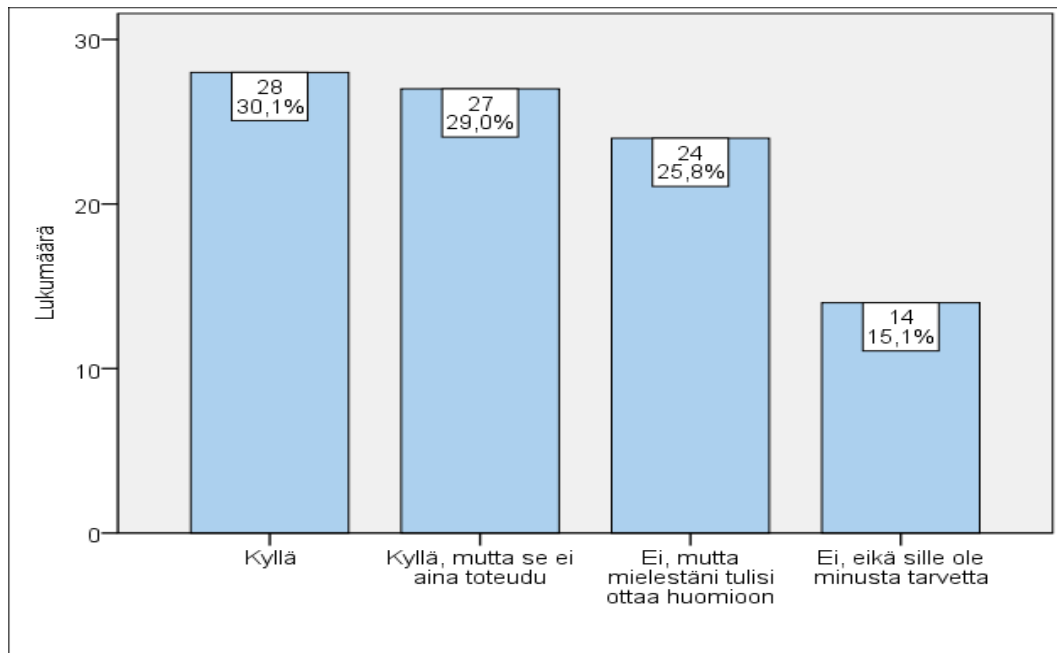
Suurin osa vastaajista (n=81) koki lapsen lääkehoitosuunnitelman hyödylliseksi ja tärkeäksi osaksi pitkäaikaissairaalan lapsen kokonaisvaltaista hoitoa. Vaikkakin lääkehoitosuunnitelma koettiin tärkeäksi, 11 vastasi, että lääkehoitosuunnitelma jää ajoittain laatimatta lapselle ja 23 vastasi, että muutokset lapsen pitkäaikaissairauden hoidossa jää usein päivittämättä lääkehoitosuunnitelmaan. Yksi vastaajista kommentoi lääkehoitosuunnitelmaa näin:

”on liian työläs lomake täyttää, jos kyseessä on jokin lyhytaikainen lääkekuuri”

Kysymyksessä vastaaja pystyi valitsemaan usean vaihtoehdon. Lähes jokainen vastaajista koki lääkehoitosuunnitelman tärkeäksi, mutta sen laatiminen ja päivitys eivät vastaajien mukaan aina toteudu. Ristiintaulukoinnin avulla selvisi, että jokaisella alueella lääkehoitosuunnitelma koettiin tärkeäksi osaksi lapsen hoitoa. Eteläisellä alueella ainoastaan yksi vastaaja oli sitä mieltä, että lääkehoitosuunnitelma jää ajoittain laatimatta lapselle, kun taas Keskisellä ja Pohjoisella alueella kummassakin 5 vastaaja oli tätä mieltä. Sekä Eteläisellä että Keskisellä alueella kuusi vastaajaa oli sitä mieltä, että muutokset lapsen hoidossa jäävät usein päivittämättä lääkehoitosuunnitelmaan, Pohjoisella alueella 11 henkilöä oli tätä mieltä. Kysymykseen vastasi yhteensä 89 työntekijää.

Noin kolmasosa vastaajista koki (n=28), että pitkäaikaissairaalat lapset huomioidaan henkilöstömitoituksessa tai lapsiryhmän koossa riittävän hyvin. Toinen kolmasosa (n=27) koki, että pitkäaikaissairaalat lapset huomioidaan henkilöstömitoituksessa tai lapsiryhmän koossa, mutta se ei aina toteudu, esimerkiksi hoitajan sairastuessa. Vastaajista 24 oli sitä mieltä, että pitkäaikaissairaita lapsia ei huomioida henkilöstömitoituksessa eikä lapsiryhmän koossa, mutta heidät tulisi ottaa huomioon. Vastaajista 14 koki, ettei pitkäaikaissairaita lapsia huomioida lapsiryhmän koossa tai

henkilöstömitoituksessa, eikä sille myöskään ole tarvetta. Kysymykseen vastasi yhteensä 93 työntekijää.



Kuva 4. Pitkäaikaissairaalan lapsen huomioiminen henkilöstömitoituksessa tai lapsiryhmän koossa alueittain (n=93)

Alueittain jaettuna Keskisellä alueella oltiin tyytyväisimpiä henkilöstömitoitukseen tai lapsiryhmän kokoon hoidettaessa pitkäaikaissairasta lasta, koska alueen vastaajista 40,6 % oli vastannut, että mitoitus on sopiva. Keskisen alueen vastaajista vain 18,8 % oli sitä mieltä, että pitkäaikaissairasta lasta ei huomioida mitoituksessa, mutta tulisi ottaa huomioon. Eteläisellä alueella henkilöstömitoitukseen tai lapsiryhmän kokoon oli tyytyväisiä 24,1 % ja tyytymättömiä 31,0 %. Pohjoisella alueella 25,0 % piti henkilöstömitoitusta tai lapsiryhmän kokoa sopivana, kun taas 28,1 % haluaisi, että pitkäaikaissairaajat lapset huomioitaisiin henkilöstömitoituksessa paremmin. Kaikilla alueilla vastaajat olivat lähes yhtä usein sitä mieltä, että periaatteessa henkilöstömitoitus on hyvä, mutta se ei aina käytännössä toteudu. Tarpeettomaksi pitkäaikaissairaiden lasten huomioimisen henkilöstömitoituksessa koki joka alueella n. 15 % vastaajista.

7.3 Varhaiskasvatushenkilöstön kokemus pitkäaikaissairaiden lasten hoidosta

Kysyttäessä, mitä lasten pitkäaikaissairautta vastaaja osaa parhaiten hoitaa oli suurin osa (n=72) valinnut vaihtoehdon: allergista sairautta sairastavaa lasta. Toiseksi suurin

frekvenssi oli vastausvaihtoehdolla astmaa sairastavaa lasta (n=51). Tyypin 1 diabeteksen oli valinnut 23 vastaajaa ja epilepsian hoidossa 6 vastaajaa koki olevansa parhaimmillaan. Kysymykseen oli vastannut 88 vastaajaa ja kysymyksen muotoilu salli useamman vastausvaihtoehdon valitsemisen.

Päiväkodissa tapahtuvasta ruokailusta kysyttiin mitä muuttujia huomioidaan ruoka-aineallergiaa sairastavan lapsen ruokailussa. Kysymyksessä pystyi valitsemaan useamman vaihtoehdon, mutta siinä ei ollut mukana avointa kenttää, johon olisi voinut lisätä jonkin oman vaihtoehdon. Vastaajista 93 oli vastannut kysymykseen. Yleisimmät valitut vastausvaihtoehdot olivat: dieettiruokiin varataan omat ottimet sekä vanhemmilta tarkistetaan ajoittain allergiadieettien ajantasaisuus. Näillä vastausvaihtoehdoilla oli täsmälleen sama frekvenssi (n=84). 65 vastaajan työpaikalla selvitetään, voiko ristiallergian takia vihanneksista/hedelmistä oireita saava lapsi syödä niitä kypsennettyinä. 63 vastaajan työpaikalla minimoidaan mahdollisuus, että ruoka-aineallerginen lapsi ottaa ruokaa toisen lapsen lautaselta. Dieettiruoka jaetaan ensimmäisenä 33 vastaajan työpaikalla. Keskimäärin yksi vastaaja oli valinnut 3 - 4 vaihtoehtoa.

Ristiintaulukoinnin avulla selvitettiin pitkäaikaissairaalan lapsen ruokailuun liittyviä toimenpiteitä alueittain. Eteläisellä alueella 25,0 % oli vastannut, että dieettiruoka jaetaan ensimmäisenä. Keskisen alueen vastaajista 38,7 % ja Pohjoisen alueen vastaajista 42,4 % vastasi, että dieettiruoka jaetaan ensimmäisenä. Jokaisella alueella dieettiruokiin varataan omat ottimet lähes aina. Mahdollisuus, että ruoka-aineallergiaa sairastava lapsi ottaa ruokaa toisen lapsen lautaselta, minimoidaan Pohjoisella alueella ruokailutilanteissa 78,8 % vastaajan mielestä. Keskisen alueen vastaajista 67,7 % ja Eteläisen alueen vastaajista 57,1 % oli sitä mieltä, että tämä mahdollisuus minimoidaan. Vastaajien mukaan jokaisella alueella kysytään aktiivisesti ajoittain allergiadieettien ajantasaisuudesta. Suurta aluekohtaista eroa ei ole siinä, selvitetäänkö, voiko ristiaine-allergiasta kärsivä lapsi syödä vihanneksia/hedelmiä kypsennettynä, vastausprosentti vaihteli alueittain välillä 64,3 % - 72,7 %.

Vastaajilta kysyttiin heidän työpaikkansa käytäntöjä huomioida pitkäaikaissairaalan lapsen erityistarpeita liikunnan yhteydessä. Kysymyksessä pystyi valitsemaan useamman vaihtoehdon ja yksittäinen vastaaja valitsi keskimäärin 1 - 2 vaihtoehtoa. Kysymykseen vastasi 88 vastaajaa. Liikunnan astmaoireita pahentava

vaikutus huomioidaan 88,4 % (n=76) vastaajan mielestä. Liikunnan verensokeria laskeva vaikutus huomioidaan 62,8 % (n=54) vastaajan työpaikalla. Vastaajista 5,8 % ilmoitti, ettei heidän työpaikallaan huomioida lapsen pitkäaikaissairautta liikuntatilanteissa. Kysymykseen oli lisäksi vastannut 11 vastaajaa avoimesti. Avoimista vastauksista neljästä ilmenee, että pitkäaikaissairas lapsi huomioidaan liikuntatilanteissa seuraavasti: lääkkeet pidetään mukana liikuntatilanteissa sekä lääkkeen erillinen annostelu liikunnan yhteydessä. Kolme vastaajaa korostaa yksilöllisyyttä pitkäaikaissairaanlapsen liikkumisessa sekä mahdollisten oireiden seuraamista. Lisäksi avoimissa vastauksissa on kaksi vastaajaa, joiden työpaikalla pidetään diabeetikkolapselle varmuuden vuoksi mukana välipalaa liikunnan yhteydessä. Esimerkiksi eräs vastaaja oli kommentoinut pitkäaikaissairaana lapsen liikunnan huomioimista päiväkodissa näin:

”Sovimme vanhempien kanssa, miten toimitaan ja millaista liikuntaa lapsi pystyy harrastamaan. LIIKKUMINEN KUITENKIN TOSI TÄRKEÄÄ, EI TURHIA RAJOITUKSIA.”

Ristiintaulukoidessa tuloksia alueittain lääkehoitoon perehdyttämisen näkökulmasta selviää, että Pohjoisella alueella huomioitiin parhaiten allergisen lapsen ruokailutilanteeseen liittyvät asiat ja se, että liikunta voi laskea verensokeriarvoja (76,7 %) ja liikunta voi pahentaa astmaoireita (100,0 %) eikä yksikään vastaaja Pohjoisella alueella ollut sitä mieltä, että perussairautta ei huomioida ollenkaan liikuntatilanteissa. Eteläisellä ja Keskisellä alueella allergisen lapsen ruokailutilanteeseen liittyviä yksityiskohtia ja liikunnan vaikutusta lapsen perussairauteen ei huomioitu aivan yhtä hyvin kuin Pohjoisella alueella, joskaan prosentuaaliset erot eivät olleet merkittävän suuria.

Hoitajien taitoja tarkkailla pitkäaikaissairaita lapsia mitattiin kysymällä heiltä anafylaktisen reaktion ja matalan verensokerin oireita sekä millaiset tekijät voivat laukaista astma-kohtauksen. Kysymykset rakennettiin monivalintakysymykseksi ja vastausvaihtoehdoista kaikki olivat oikein. Oireisiin liittyvät kysymykset on analysoitu sekä Excel- että SPSS-ohjelmaa käyttäen. Excel-ohjelmalla on laskettu, kuinka moni vastaajista on osannut valita väittämistä kaikki vastausvaihtoehdot (paitsi ”en osaa sanoa”). SPSS-ohjelmalla on laskettu kunkin vastausvaihtoehdon vastaajamäärät ja -prosentit.

Kysymyksessä, jossa kysyttiin anafylaktisen kohtauksen oireista, oli viisi oikeaa vastausvaihtoehtoa ja kuudes vastausvaihtoehto oli ”en osaa sanoa”. Keskimäärin vastaajat olivat valinneet kolme vastausvaihtoehtoa. Kysymykseen vastasi yhteensä 89 vastaajaa ja vastaajista 17 oli osannut valita kaikki oikeat vaihtoehdot. Vastaajista 85,4 % (n=76) oli tunnistanut äänen käheytyymisen ja hengenahdistuksen anafylaktisen reaktion oireeksi. Sokin eli verenkierron romahtamisen oli valinnut 67,4 % vastaajista (n=60). Nokkosihottuman oli valinnut 55,1 % (n=49). Pahoinvoinnin ja vatsakivut osasi valita 42,7 % (n=38) ja 38,2 % (n=34) oli tunnistanut hiuspohjan sekä kämmenien kuumotuksen ja kutinan anafylaksian oireeksi. 11,2 % ei osannut sanoa mitkä mahdollisesti voisivat olla anafylaksian oireita.

Kysymyksessä, jossa kysyttiin alhaisen verensokerin oireita eli insuliinituntemuksia oli viisi oikeaa vastausvaihtoehtoa ja kuudes vastausvaihtoehto oli ”en osaa sanoa”. Näistä vastausvaihtoehdoista vastaajat olivat valinneet keskimäärin 3 - 4 vaihtoehtoa. Kysymykseen oli vastannut 93 vastaajaa ja vastaajista 33 oli osannut valita kaikki oikeat vaihtoehdot. Kalpeuden ja kylmänhikisyyden oli valinnut 92,5 % vastaajista. Vastaajista 97,1 % oli vastannut keskittymisvaikeudet ja väsymyksen. Vapinan oli tunnistanut 77,4 % insuliinituntemukseksi. Vastaajista 60,2 % oli valinnut päänsäryn ja huimauksen ja 58,1 % nälän tunteen. Kukaan ei ollut vastannut, ettei osaa sanoa, mitkä olisi mahdollisesti matalan verensokerin oireita.

Astmakohtauksen laukaisevia tekijöitä oli vastausvaihtoehtoina viisi ja kuudes vaihtoehto oli ”en osaa sanoa”. Kaikki viisi vastausvaihtoehtoa olivat oikein. Kyselyyn vastasi 94 vastaajaa. Keskimäärin yksi vastaaja oli valinnut 4 - 5 vastausvaihtoehtoa, eikä kukaan ollut valinnut en osaa sanoa vaihtoehtoa. Vastaajista 72 oli osannut valita kaikki oikeat vaihtoehdot. Siite- ja huonepölyn oli vastannut 97,8 %, eläinpölyn 96,8 %, kuivan ja kylmän ilman sekä kovan tuulen 92,5 %, hengitystieinfektiot 91,4 % ja Tupakan savun ja ilmansaasteet 90,3 %.

7.4 Ensiaputilanteet liittyen lasten yleisimpiin pitkäaikaissairauksiin

Ensiaputilanteisiin liittyvät kysymykset on analysoitu sekä Excel- että SPSS-ohjelmaa käyttäen. Excel-ohjelmalla on laskettu, kuinka moni vastaajista on osannut valita väittämistä 2 oikeaa vastausvaihtoehtoa liittyen ensiapukohtauksen hoitoon. SPSS-ohjelmalla on laskettu kunkin vastausvaihtoehdon vastaajamäärät ja -prosentit.

Ristiintaulukoidessa ensiapuun liittyviä tuloksia ammattiryhmittäin alempi/ylempi korkeakoulututkinto ja toisen asteen tutkinto, ei tuloksissa ole merkittäviä eroja.

Kartoitimme anafylaktiseen reaktioon liittyviä ensiaputaitoja esittämällä vastaajille viisi väittämää, joista kaksi oli ehdottoman tärkeitä suorittaa ensiaputilanteessa ensimmäisinä lapsen selviytymisen kannalta. Kuudes vastausvaihtoehto oli ”en osaa sanoa, kuinka toimin ensiapuluontoisesti”. Väittämät ”Soitan 112 ja tilaan ambulanssin” ja ”Pistän lapselle adrenaliinikynän, esimerkiksi Epipen Juniorin” tulisi suorittaa aivan ensimmäisenä (Päivähoidon astma- ja allergiaohjeisto 2004, 11). Kysymykseen vastasi yhteensä 89 vastaajaa ja heistä 74 toimisi oikein anafylaktisen reaktion ensiaputilanteessa. Osa oikein vastanneista oli rastittanut myös kolmannen vaihtoehdon, vaikka kysymyksessä pyydettiin valitsemaan kaksi vaihtoehtoa. Muut vastausvaihtoehdot eivät olleet vääriä, mutta ne eivät olleet olennaisia suorittaa anafylaktisen reaktion ensiaputilanteessa ensimmäisinä. Kysymykseen vastanneista 15 osasi valita toisen vaihtoehdoista oikein, vastaajista 5 jätti joko vastaamatta kysymykseen tai ei osannut sanoa, kuinka toimisi ensiaputilanteessa.

	N	% vastauksista	% vastaajista
Soitan 112 ja tilaan ambulanssin	83	45,4 %	91,2 %
Annan lapselle antihistamiinitabletin	4	2,2 %	4,4 %
Pistän lapselle adrenaliinikynän, esimerkiksi Epipen Juniorin	80	43,7 %	87,9 %
Ilmoitan tilanteesta ensimmäisenä lapsen vanhemmille	14	7,7 %	15,4 %
En osaa sanoa, kuinka toimin ensiapuluontoisesti	2	1,1 %	2,2 %
Yhteensä	183	100,0 %	201,1 %

Kuva 5. Anafylaktisen reaktion ensiapu (n=89)

Astmakohtaukseen liittyviä ensiaputaitoja kartoitimme esittämällä vastaajille viisi väittämää, joista jälleen kaksi oli ehdottoman tärkeitä suorittaa ensiaputilanteessa ensimmäisenä. Kuudes vastausvaihtoehto oli ”en osaa sanoa, kuinka toimin ensiapuluontoisesti”. Väittämät ”Annan keuhkoputkia avaavaa lääkettä inhalaationa” ja ”Rauhoitan lapsen istumaan ja tarkkailen hänen hengitystä” tulisi suorittaa aivan ensimmäisenä (Päivähoidon allergia- ja astmaohjeisto 2004, 11). Kysymykseen vastasi yhteensä 93 vastaajaa ja heistä 80 toimisi oikein astmakohtauksen ensiaputilanteessa. Kolme oikein vastanneista oli rastittanut myös kolmannen

vaihtoehtoon, vaikka kysymyksessä pyydettiin valitsemaan kaksi vaihtoehtoa. Vaihtoehto ”Annan antihistamiinitabletin suun kautta” ei kuulu olennaisesti astmakohtauksen hoitoon ja vaihtoehto ”Annan astmatulehdusta hoitavaa kortisonilääkettä inhalaationa” ei ole ensiapuluontoinen toimenpide, koska kortisoni hoitaa astmatulehdusta, ei avaa keuhkoputkia (Mäkelä 2009; Kajosaari 2010, 300 - 301). Kysymykseen vastanneista 11 osasi valita toisen vaihtoehtoista oikein, vastaajista 3 jätti joko vastaamatta kysymykseen tai ei osannut sanoa, kuinka toimisi ensiaputilanteessa. Vaihtoehto ”Astmakohtaus laukeaa itsestään, joten tilanteeseen ei tarvitse reagoida” on väärä vastausvaihtoehto, koska astmakohtaus vaatii aina helpottaakseen avaavaa lääkettä (Päivähoidon astma- ja allergiaohjeisto 2004, 11). Vain yksi vastaaja oli ollut sitä mieltä, että astmakohtaus laukeaisi itsestään.

	N	% vastauksista	% vastaajista
Annan keuhkoputkia avaavaa lääkettä inhalaationa	86	48,3 %	92,5 %
Annan antihistamiinitabletin suun kautta	1	0,6 %	1,1 %
Annan astmatulehdusta hoitavaa kortisonilääkettä inhalaationa	4	2,2 %	4,3 %
Rauhoitan lapsen istumaan ja tarkkailen hänen hengitystä	85	47,8 %	91,4 %
Astmakohtaus laukeaa itsestään, joten tilanteeseen ei tarvitse reagoida	1	0,6 %	1,1 %
En osaa sanoa, kuinka toimisin ensiapuluontoisesti	1	0,6 %	1,1 %
Yhteensä	178	100,0 %	191,4 %

Kuva 6. Astmakohtauksen ensiapuluonteinen hoito (n=93)

Tyypin 1 diabetekseen liittyviä ensiaputaitoja kartoitimme esittämällä vastaajille neljä väittämää, joista kaksi oli ehdottoman tärkeitä suorittaa ensiaputilanteessa ensimmäisenä. Viides vastausvaihtoehto oli ”en osaa sanoa, kuinka toimisin ensiapuluontoisesti”. Kysymyksessä lapsella esiintyi matalasta verensokerista aiheutuvia oireita eli insuliinituntemuksia (lapsi ei ollut tajuton). Väittämät ”Mittaan lapsen verensokerin” ja ”Annan sokeripitoista mehua ja tarkkailen lapsen vointia” tulisi suorittaa aivan ensimmäisenä (Keskinen & Härmä-Rodriquez 2011, 360; Ruuskanen 2004, 211). Kysymykseen vastasi yhteensä 93 vastaajaa, ja heistä 80 toimisi oikein tyypin 1 diabetekseen liittyvässä ensiaputilanteessa. Yksi oikein vastanneista oli rastittanut myös kolmannen vaihtoehtoon, vaikka kysymyksessä pyydettiin valitsemaan kaksi vaihtoehtoa. Vaihtoehto ”Soitan 112 ja tilaan ambulanssin” ei ole tarpeellista silloin, kun lapsi on tajuissaan (Keskinen & Härmä-

Rodriguez 2011, 360; Ruuskanen 2004, 211). Vaihtoehto ”Annan insuliinia ja tarkkailen lapsen vointia” on ehdottoman väärin, koska insuliinin antaminen laskee verensokeria ja näin ollen se on hengenvaarallinen toimenpide, jos verensokerit ovat jo entuudestaan matalat (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 167). Kysymykseen vastanneista 6 antaisi lapselle insuliinia ensiaputilanteessa. Kysymykseen vastanneista 13 osasi valita toisen vaihtoehtoista oikein, yksi vastaaja oli jättänyt kysymyksen väliin.

Tarkasteltaessa pitkäaikaissairauksien oireisiin ja ensiaputilanteisiin liittyviä tuloksia alueittain lääkehoitoon perehdyttämisen näkökulmasta ei alueittain esiinny suuria prosentuaalisia eroja, vaan pitkäaikaissairauksiin liittyvät oireet ja niitä pahentavat tekijät tunnistetaan hyvin ja ensiaputilanteissa osataan toimia.

	N	% vastauksista	% vastaajista
Mittaaan lapsen verensokerin	84	46,2 %	90,3 %
Annan insuliinia ja tarkkailen lapsen vointia	6	3,3 %	6,5 %
Soitan 112 ja tilaan ambulanssin	3	1,6 %	3,2 %
Annan sokeripitoista mehua ja tarkkailen lapsen vointia	88	48,4 %	94,6 %
En osaa sanoa, kuinka toimin ensiapuluontoisesti	1	0,5 %	1,1 %
Yhteensä	182	100,0 %	195,7 %

Kuva 7. Matalan verensokerin ensiapuluonteinen hoito (n=93)

Epilepsiaan liittyviä ensiaputaitoja kartoitimme esittämällä vastaajille neljä väittämää, joista kaksi vaihtoehtoa kuului olennaisesti epilepsiahoitoon. Viides vastausvaihtoehto oli ”en osaa sanoa, kuinka toimin ensiapuluontoisesti”. Väittämät ”Yritän estää lasta vahingoittamasta itseään kouristuksen aikana” sekä ”Kouristuksen jälkeen käänän lapsen kylkiasentoon ja varmistan, että ilmatiet ovat auki” ovat keskeisiä asioita hoidettaessa epilepsiahoitoa (Eriksson ym. 2013, 25 - 26). Kysymykseen vastasi yhteensä 93 vastaaja, ja heistä 82 toimisi oikein epilepsiahoitoa hoidettaessa. Kolme oikein vastanneista oli rastittanut myös kolmannen vaihtoehdon, vaikka kysymyksessä pyydettiin valitsemaan kaksi vaihtoehtoa. Vaihtoehto ”Soitan heti kohtauksen alkaessa ambulanssin” ei ole lyhyen epilepsiahoitoon aikana/jälkeen tarpeellista, koska ambulanssi tulee soittaa paikalle vasta kohtauksen pitkittyessä (Eriksson ym. 2013, 25 - 26). Kysymyksessä oli

kerrottu, että epilepsiakohtaus kestää 5 minuuttia. Kysymykseen vastanneista 10 osasi valita toisen vaihtoehdoista oikein, yksi vastaaja oli jättänyt kysymyksen väliin ja yksi vastaajista ei osannut sanoa, kuinka toimisi epilepsiakohtauksen ensiaputilanteessa. Vastausvaihtoehtona kysymykseen oli myös ” Pysin estämään lapsen kouristelun”. Epilepsiakohtausta ei koskaan tule estää, vaan suojata kohtauksen saanutta satuttamasta itseään (Eriksson ym. 2013, 25 - 26). Kukaan vastaajista ei olisi yrittänyt estää epilepsiakohtausta.

	N	% vastauksista	% vastaajista
Soitan heti kohtauksen alkaessa ambulanssin	12	6,4 %	12,9 %
Yritän estää lasta vahingoittamasta itseään kouristuksen aikana	91	48,7 %	97,8 %
Kouristuksen jälkeen käänän lapsen kylkiasentoon ja varmistan, että ilmatiet ovat auki	83	44,4 %	89,2 %
En osaa sanoa, kuinka toimin ensiapuluontoisesti	1	0,5 %	1,1 %
Yhteensä	187	100,0 %	201,1 %

Kuva 8. Epilepsiakohtauksen hoito (n=93)

7.5 Yhteistyö pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa

Yhteistyötä pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa oli kartoitettu yhdellä kysymyksellä, jossa oli mahdollista valita useampi vaihtoehto tai vastata kysymykseen avoimesti. Tutkimuskysymyksessä haluttiin nimenomaan tietää, mitkä tekijät vaikeuttavat yhteistyötä. Mahdolliset yhteistyötä haittaavat tekijät nousivat kirjoitetun teorian pohjalta vastausvaihtoehdoiksi. Kysymykseen oli vastannut jokainen kyselyn täyttänyt vastaaja (N=94). Suurin osa vastaajista (n=75) pitää yhteistyötä pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa sujuvana. Osa vastaajista, jotka olivat valinneet vaihtoehdon: yhteistyö vanhempien kanssa on sujunut ongelmitta, oli valinnut lisäksi jonkin ongelmakohtan.

Yhteistyötä vaikeuttavista tekijöistä yleisimmin valitut vaihtoehdot olivat: Opastaminen lapsen hoitoon liittyvien hoitovälineiden käyttämisessä ei ole ollut riittävää (n=11), vanhemmat eivät ole toimittaneet kirjallisia ohjeita lapsen sairauden hoidosta (n=10) sekä vanhemman tullessa hakemaan lasta, hoitajalla ei ole riittävästi aikaa kertoa päivän tapahtumista (n=9). Pieni osa vastaajista oli kokenut ongelmia

pitkäaikaissairaahan lapsen vanhemman hoitotarvikkeiden toimittamisessa hoitopaikkaan (n=7). Viiden vastaajan (n=5) mielestä sovittuja lapsikohtaisia palavereja ei ollut järjestetty riittävästi tai ei ollenkaan. Kolme vastaajista (n=3) oli valinnut vaihtoehdon: Vanhemmat eivät luota lasta hoitaviin työntekijöihin lapsen pitkäaikaissairauden hoidossa.

7.6 Varhaiskasvatushenkilöstön kokemus lisäkoulutuksesta

Vastaajat kokisivat hyödylliseksi lisäkoulutuksen kaikista kyselyssä esiintyneistä pitkäaikaissairauksista, etenkin epilepsiasta (71,4 %) ja tyypin 1 diabeteksesta (65,9 %). Myös lisäkoulutus astmasta (n=51) ja allergiasta (n=46) koettaisiin hyödylliseksi, koska noin puolet vastanneista haluaisi kyseisistä sairauksista lisäkoulutusta. Vastaajista 14,3 % ei kokenut tarvitsevana lisäkoulutusta lasten pitkäaikaissairauksista. Kysymykseen vastasi 92 vastaajaa. Vastaajat ovat valinneet kysymyksessä keskimäärin kaksi vastausvaihtoehtoa.

	N	% vastauksista	% vastaajista
Kyllä, astmasta	51	21,7 %	56,0 %
Kyllä, allergisista sairauksista	46	19,6 %	50,5 %
Kyllä, tyypin 1 diabeteksesta	60	25,5 %	65,9 %
Kyllä, epilepsiasta	65	27,7 %	71,4 %
En koe tarvitsevani lisäkoulutusta lasten pitkäaikaissairauksista	13	5,5 %	14,3 %
Yhteensä	235	100,0 %	258,2 %

Kuva 9. Varhaiskasvatushenkilöstön kokema lisäkoulutus tarve pitkäaikaissairauksista (n=92)

Vastaajista 62,5 % kokisi hyödylliseksi lisäkoulutuksen tyypin 1 diabetekseen liittyvistä hoitovälineistä, kuten insuliinikynistä ja -ruiskuista, insuliinipumpusta sekä verensokerimittareista. Tyypin 1 diabetekseen liittyvistä hoitomenettelyistä, kuten hiilihydraattien ja insuliiniannoksien laskemisesta 51,1 % vastaajista kokisi lisäkoulutuksen hyödylliseksi. Yli puolet vastaajista toivoisi lisäkoulutusta myös adrenaliinikynän käytöstä. Astman hoitoon liittyvistä tilanjatkeista ja jauheinhalaattoreista koettiin myös tarvitsevan lisäkoulutusta, mutta selkeästi vähemmän kuin edellä mainituista, 36,4 %. Kysymykseen vastasi 90 työntekijää.

	N	% vastauksista	% vastaajista
Tilanjatkeista (babyhaler) ja jauheinhalaattoreista	32	16,0 %	36,4 %
Insuliinikynistä ja ruiskuista, insuliinipumpusta sekä verensokerimittareista	55	27,5 %	62,5 %
Hiilihydraattien ja insuliiniannoksien laskemisesta	45	22,5 %	51,1 %
Adrenaliinikynän, EpiPen Juniorin käytöstä	49	24,5 %	55,7 %
Jostain muusta	6	3,0 %	6,8 %
En koe tarvitsevani lisäkoulutusta pitkäaikaissairauksien hoitoon liittyvistä hoitovälineistä	13	6,5 %	14,8 %
Yhteensä	200	100,0 %	227,3 %

Kuva 10. Varhaiskasvatushenkilöstön kokema lisäkoulutus tarve pitkäaikaissairauksien hoitovälineistä (n=90)

Varhaiskasvatushenkilöstön kokemus lisäkoulutuksen hyödyllisyydestä lasten pitkäaikaissairauksista ristiintaulukoitiin alueittain. Ristiintaulukoinnissa ilmeni, että Eteläisellä ja Pohjoisella alueella koettaisiin lisäkoulutus kaikista lasten yleisimmistä pitkäaikaissairauksista hyödylliseksi, etenkin epilepsiasta ja tyypin 1 diabeteksesta sekä tyypin 1 diabetekseen liittyvistä hoitovälineistä ja -menettelyistä sekä adrenaliinikynästä. Keskisellä alueella hyödyllisimmäksi lisäkoulutus aiheeksi koettiin tyypin 1 diabetes. Keskisellä alueella lisäkoulutus muistakin pitkäaikaissairauksista ja niihin liittyvistä hoitovälineistä koettiin hyödylliseksi, mutta prosentuaalinen osuus verraten Pohjoiseen ja Eteläiseen alueeseen oli hieman pienempi.

7.7 Yhteenveto tuloksista

Vastaajia oli hyvin tasaisesti jokaiselta päivähoidon alueelta, joten tuloksia oli mielekäästä verrata ristiin alueittain. Kouvolan kaupungin päiväkodeissa ensiaputilanteet osataan hoitaa pääsääntöisesti oikein ja pitkäaikaissairauksiin liittyvät oireet ja oireita pahentavat tekijät tunnistetaan hyvin. Lisäkoulutus koettaisiin siltikin kaikista lasten yleisimmistä pitkäaikaissairauksista hyödylliseksi, etenkin epilepsiasta ja tyypin 1 diabeteksesta. Lääkehoitosuunnitelma koetaan hyödylliseksi ja tärkeäksi osaksi pitkäaikaissairaalan lapsen hoitoa, ja valtaosa vastaajista koki, että yhteistyö pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa sujuu ongelmitta. Organisaatioon liittyviä asioita, jotka saattavat vaikeuttaa varhaiskasvatushenkilöstöä pitkäaikaissairaalanlapsen hoidossa päiväkodissa nousi esiin, että lähes joka kolmas

kaipaisi lisäperehdytystä lääkehoitoon. Joka neljäs vastaaja koki, että pitkäaikaissairas lapsi tulisi ottaa paremmin huomioon lapsiryhmän koossa tai henkilöstömitoituksessa.

8 LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen kokonaisluotettavuus muodostuu reliabiliteetista ja validiteetista yhteensä. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa pelkistetysti tutkimuksen toistettavuutta eli sitä, miten hyvin tutkimustulokset pysyvät samanlaisina tutkimuksesta toiseen. Reliabiliteettia arvioidessa pohditaan, miten hyvin otos edustaa perusjoukkoa ja mikä oli lopullinen vastausprosentti. Toinen arvioitava seikka on mahdolliset virheet muuttujien syöttämisessä havaintomatriisiin. Viimeiseksi arvioidaan luotujen mittareiden kykyä mitata tutkittavaa asiaa. (Vilka 2007, 149 - 150.) Tässä tutkimuksessa tietojen syöttämisestä koskevia virheitä ei todennäköisesti ole ollenkaan, sillä aineistoa ei ole käsin syötetty analysointiohjelmaan. Tutkimuksessa käytetyillä tietokoneohjelmilla voitiin siirtää tiedot suoraan ohjelmasta toiseen pienin muokkauksin, jotka nekin voitiin toteuttaa ohjelman omilla komennoilla.

Tutkimuksessa käytettiin kokonaisotosta, jonka vastausprosentiksi muodostui 28,3 %. Tutkijat pitivät erittäin mahdollisena, että osa kyselyn kesken jättäneistä vastaajista olisi vastannut kyselyyn uudestaan alusta aloittaen. Välttääksemme saman vastaajan kyselyn kirjautumisen tuloksiin useamman kerran, jätimme kaikki kesken jääneet vastaukset analysoinnin ulkopuolelle. Kokonaisvastaajamäärään verrattuna keskeyttäjiä ei ollut kovin montaa. Otanta osoittautui lopulta vinoutuneeksi, sillä 0 - 2 vuotta työskennelleistä vastasi vain kaksi. Kokonaisuudessaan tutkimuksen otosta voidaan pitää onnistuneena sekä tutkimustuloksia yleistettävänä koko Kouvolan alueen päiväkotien varhaiskasvatushenkilöstöön tutkimuksen toteuttamishetkellä.

Tutkimuksen kattavuus mitata haluttuja asioita on hankalampi asia arvioida, sillä valitut tutkimuskysymykset olivat jo itsessään niin laajoja, että niiden hyvin syvällinen tutkiminen olisi kasvattanut kokonaistymäärän liian suureksi. Tarkempaa kuvausta kustakin tutkimuskysymyksestä olisi saatu tekemällä tutkimusta vain yhdestä tutkimuskysymyksestä kerrallaan, jolloin sitä olisi voitu käsitellä syvällisemmin. Koska tutkimus toteutettiin kyselynä, jouduttiin kyselyn muuttujien määrää rajaamaan myös vastaajien mielenkiinnon säilymisen vuoksi. Tässä tutkimuksessa haluttiin saada yleisesti tietoa lasten pitkäaikaissairauksien huomioimisesta päiväkodissa. Tutkimuksen tilaaja toivoi, että pitkäaikaissairauksista käsitellään allergisia sairauksia,

astmaa, nuoruusiän diabetesta sekä epilepsiaa ja että kyselyssä kartoitettaisiin myös sitä, kuinka moni on hoitanut työuransa aikana pitkäaikaissairasta lasta.

Validiteetti tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksella on haluttu tutkia. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, miten hyvin teoria ja mittarit vastaavat toisiaan. Operationalisointi vaiheessa tutkijan on tarkkaan harkittava, miten hän muotoilee teoriasta halutut muuttujat mitattavaan muotoon. Vastausvaihtoehtojen muotoilussa onnistuminen sekä asteikkojen muotoileminen vaikuttavat myös ratkaisevasti validiteettiin. Kaikki epätarkkuudet mittareissa puolestaan laskevat tutkimuksen validiteetin tasoa. (Vilka 2007, 150 - 152.)

Kyselystä saatua dataa analysoitaessa tutkimuksessa törmättiin muutamiin kohtiin, joissa operationalisoinnissa olisi voinut toimia toisin. Kaikki nämä kohdat koskivat vaihtoehtojen muokkaamista. Esimerkiksi työkokemusta koskevassa kysymyksessä toisenlainen jako olisi voinut antaa käyttökelpoisempia tuloksia. Tässä tapauksessa työkokemusta ei käytetty ristinvertaamisessa lopulta ollenkaan. Lisäksi muutamissa kysymyksissä olisi voinut olla joitakin lisävastausvaihtoehtoja tai avoin kenttä, jota käytetään silloin, jos mikään annetuista vaihtoehdoista ei ole sopiva (ks. Heikkilä 2008, 50 - 52). Kokonaisuudessaan teorian muokkaaminen muuttujiksi sekä vastausvaihtoehdoiksi onnistui hyvin.

Kyselyn toteuttamistapa sähköisenä kyselynä aiheuttaa ongelmia tutkimuksen luotettavuuteen. Vastaajien ympäristöä ei voida kontrolloida vastaushetkellä eikä heitä myöskään voida motivoida tai kannustaa vastaamaan mahdollisimman totuudenmukaisesti. Hyvänä puolena sähköisessä tutkimuksessa voidaan pitää vastaajien anonymiteetin säilymistä, sillä tutkijat eivät missään kohtaan olleet tekemisissä vastaajien kanssa, eivätkä näin ollen pystyneet vaikuttamaan annettuihin vastauksiin.

Saatekirjeellä on iso merkitys vastaajien motivoimisessa. Hyvä saatekirje on lyhyt ja ytimekäs, kannustava ja siinä kerrotaan tarkasti, mitä tutkitaan, ketkä tutkii ja miksi tutkii. (Vilka 2007, 82 - 88.) Pohdittaessa tämän tutkimuksen saatekirjeen onnistuvuutta (liite 5), voidaan tulla siihen tulokseen, että saatekirje on ollut asianmukainen sillä vastausprosentiksi muodostui 28,3 %. Tässä tutkimuksessa saatekirjeellä oli erittäin suuri merkitys, koska tutkijat eivät olleet missään yhteydessä

tutkittaviin, vaan kyselyt tavoittivat varhaiskasvatushenkilöstön päiväkodinjohtajien kautta.

Luotettavuutta parantaa se, että tutkija tuntee tutkimuskohteensa, tutkimuskohteesta on saatu riittävästi tietoa ja tutkija on ollut huolellinen tutkimuksen tekemisessä. (Vilka 2007, 100 - 101). Tässä tutkimuksessa luotettavuutta saattaa hieman heikentää se, etteivät tutkijat ole sosiaalialalta eikä tutkimuskohde ollut heille entuudestaan tuttu.

Tutkimusetiikka tarkoittaa sovittujen sääntöjen noudattamista huomioiden tutkimuskohde, kollegat, toimeksiantaja sekä yleisö ja hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tutkimuksessa käytetään eettisesti oikein olevia tutkimus- ja tiedonhankintamenetelmiä, jotka on hyväksytty tiedeyhteisössä. (Vilka 2007, 29 - 30). Mikäli tutkija haluaa noudattaa hyvää tieteellistä tapaa, tulen hänen olla varuillaan koko tutkimusprosessin ajan ja huomioida eettiset kysymykset tutkimuksessaan herkästi (Vilka 2007, 91). Tutkimuseettisesti on oikein, että vastaajalla on mahdollisuus jättää vastaamatta kyselyyn. Tähän tutkimukseen osallistuminen oli vastaajille täysin vapaaehtoista ja saatekirjeellä on taattu kaikille vastaajille samanlainen tieto tutkimuksesta. Sähköinen tutkimusmateriaali tullaan hävittämään asian mukaisesti työn valmistuttua. (Vrt. Vilka 2007, 92 - 101.)

Tämä tutkimus on pyritty tekemään mahdollisimman huolellisesti, tarkasti sekä hyvää tieteellistä tapaa noudattaen. Objektiivinen näkemys tutkimuksen toteuttamiseen on pyritty säilyttämään koko tutkimusprosessin ajan ja missään tapauksessa ei tutkimustuloksia ole tahallisesti vääristelty. Opinnäytetyön ohjausta on hyödynnetty paljon ja monipuolisesti. Tämä tutkimus on kuitenkin tutkijoiden ensimmäinen ja näin ollen on varsin mahdollista, että se sisältää jonkin verran aloittelijoiden virheitä.

9 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää varhaiskasvatushenkilöstön näkemystä kyvyistään hoitaa pitkäaikaissairaita lapsia päiväkodissa sekä heidän taidoistaan tunnistaa ja hoitaa näihin sairauksiin liittyviä ensiaputilanteita. Lisäksi tutkimuksessa keskityttiin selvittämään, miten varhaiskasvatusorganisaatio tukee työntekijöitään pitkäaikaissairaiden lasten hoidossa ja minkälaisia ongelmia varhaiskasvatushenkilöstö on kokenut yhteistyössä pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa. Tämän tutkimuksen tulokset on tarkoitettu Kouvolan kaupungin

varhaiskasvatusorganisaation käyttöön. Kunnan terveydenhuollolle tutkimuksessa on hyödyllistä tietoa varhaiskasvatushenkilöstön tämän hetkisestä osaamisesta lasten yleisimmistä pitkäaikaissairauksista sekä pitkäaikaissairauksien hoitokäytännöistä päiväkodissa. Opinnäytetyön teoriaosuutta lasten yleisimmistä pitkäaikaissairauksista ja niiden hoidosta voidaan hyödyntää tietopakettina päiväkotihenkilöstölle ja soveltuvin osin myös koulujen henkilökunnalle.

Kuvailevassa työssä pyritään esittämään mahdollisimman tarkasti tutkittavan kohteen nykytilannetta. Tässä työssä se tarkoittaa sitä, miten pitkäaikaissairaiden lasten hoitaminen päiväkotiympäristössä sujuu varhaiskasvatushenkilöstön näkökulmasta. Lukija voi itse tehdä tulosten perusteella päätelmiä siitä, miten varhaiskasvatuksen toimintaa voisi tältä kannalta kehittää. (ks. Vilka 2007, 20.)

Teoriakirjallisuudesta selvisi, että astma ja allergiset sairaudet ovat tällä hetkellä yleisimpiä lasten pitkäaikaissairauksia ja ne ovat yleistyneet merkittävästi viimeisten 20 vuoden aikana (Kajosaari 2011, 3; Haahtela & Hannuksela 2009). Vastaustuloksissa tämä näkyi selvästi, sillä astmaa ja allergisia sairauksia oli hoidettu työuran aikana selkeästi eniten, 88,2 % allergisia sairauksia ja 82,8 % astmaa. Vaikkakin teoriakirjallisuudessa tyypin 1 diabeteksen ja epilepsian esiintyvyys oli selkeästi pienempi, näitäkin sairauksia päiväkodissa esiintyy, sillä 69,9 % vastaajista oli hoitanut tyypin 1 diabetesta työuransa aikana ja 44,1 % epilepsiaa.

Se, mitä sairautta oli eniten hoidettu työuran aikana, oli kääntäen verrannollinen siihen, mistä sairauksista koettiin lisäkoulutus hyödyllisimmäksi. Allergisia sairauksia oli hoidettu työuran aikana eniten, ja siitä haluttiin vähiten lisäkoulutusta (50,5 %). Epilepsiaa oli työuran aikana hoidettu vähiten, ja siitä haluttiin kaikkein eniten lisäkoulutusta (71,4 %). Myös suhde astman ja tyypin 1 diabeteksen hoidosta työuran aikana oli kääntäen verrannollinen haluttuun lisäkoulutukseen.

Astmaa oli hoidettu toiseksi eniten työuran aikana ja suurin osa vastaajista tunnisti kaikki astmakohtauksen laukaisevat tekijät. Nuoruusiän diabetesta oli myös hoidettu paljon työuran aikana (n=65), mutta kaikki matalan verensokerin oireet tunnistivat vain kolmasosa vastanneista. Vaikkakin allergisia sairauksia oli hoidettu eniten työuran aikana ja niistä koettiin tarvitsevan vähiten lisäkoulutusta verrattaessa muihin sairauksiin, tunnistettiin kaikki anafylaktiseen reaktioon liittyvät oireet selkeästi heikoiten (n=17). Toisaalta anafylaktinen reaktio on verrattuna muihin allergisiin

sairauksiin harvinainen (Mäkinen-Kiljunen ym. 2005). Vastaajista 55,7 % haluaisi lisäkoulutusta adrenaliinikynän käytöstä.

Varhaiskasvatushenkilöstöllä on hyvät taidot hoitaa lasten yleisimpiä pitkäaikaissairauksia ja yhteistyö pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa sujuu pääosin ongelmitta. Vaikkakin oireet tunnistetaan ja ensiaputilanteet hallitaan, haluttaisiin omia taitoja vielä syventää pitkäaikaissairaiden lasten hoidossa ja tutkimuksen kohtuullinen vastausprosenttikin kertoo, että aihe koetaan tärkeäksi. Varhaiskasvatusorganisaatio tukee pääosin hyvin pitkäaikaissairaiden lasten hoitoa päiväkodissa.

Noin puolet kaikista Suomen lapsista on kunnan järjestämässä päivähoidossa. Varhaiskasvatushenkilöstö tapaa lapsia ja heidän vanhempiaan lähes päivittäin ja päivähoidolla onkin merkittävä rooli lapsen kasvun ja kehityksen tukijana ja tarkkailijana sekä vanhempien tukemisessa lapsen kotikasvatuksessa. (STM 2004, 43 - 46.) Terveystieteiden ja päivähoidon yhteistyö on erittäin tärkeää, sillä esimerkiksi lastenneuvolassa päiväkotikäisen lapsen perhettä tavataan normaalisti tunnin verran vuosittain. Päivähoito voi tarvittaessa antaa lastenneuvolan terveydenhoitajalle kunnan arvoista tietoa lapsen kehityksestä ja käyttäytymisestä, vanhempien siihen luvan antaessa. Toisaalta lastenneuvolan terveydenhoitaja on terveysalan asiantuntija ja näin ollen hän pystyy antamaan päivähoidolle tärkeää tietoa liittyen siihen, mitä lapsen määräämää tarkastuksesta nousee esiin. Hyvämallin kehittäminen ja käyttöönotto edistää neuvolan ja varhaiskasvatuksen yhteistyötä.

Lastenneuvolan määräämää tarkastukset voidaan nykyään tehdä päiväkodissa yhteistyössä varhaiskasvatushenkilöstön ja neuvolatoimen kesken. Tällöin lasta voidaan tarkkailla ja arvioida moniammatillisesti. (STM 2004, 44.) Tällainen toiminta on lapsen kannalta ihanteellista, koska lapsi saa suorittaa tarkastuksen tutussa ympäristössä ja hänen toimintaansa arvioi useampi eri ammattialan edustaja. Näin myös terveydenhoitaja tulee tutuksi varhaiskasvatushenkilöstölle, jolloin häntä on helpompi lähestyä, esimerkiksi pitkäaikaissairaana lapsen hoitoon liittyvissä asioissa.

Oman tutkimuksen voisi tehdä terveydenhuollon ja päivähoidon yhteistyöstä: Millaisena Kouvola kaupungin varhaiskasvatushenkilöstö kokee yhteistyön terveydenhuollon kanssa? Vastaavanlainen opinnäytetyö on tehty Espoon seudulla, ja kyseisen opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että yhteistyö päivähoidon ja

terveydenhuollon välillä tapahtuu pääosin lomakkeiden kautta ja henkilökohtaista yhteydenpitoa kaivattaisiin lisää (Korolainen & Räsänen 2008, 2). Tässä tutkimuksessa olisi voitu tutkia myös kyseistä asiaa, mutta tutkimusaiheen ollessa jo entuudestaan hyvin laaja, ei yhteistyöstä päivähoidon ja terveydenhuollon välillä olisi saatu kuin pintapuolisia tuloksia ja muista osa-alueista olisi muodostunut entistäkin suppeampia. Lisäksi kyselyn vastausaika haluttiin pitää sopivan mittaisena, koska liian pitkä kyselylomake karkoittaa vastaajat (ks. Heikkilä 2008, 48 - 49).

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista kysyä varhaiskasvatushenkilöstöltä sekä vanhemmilta kehittämisideoita ja -toiveita; Miten he haluaisivat kehittää pitkäaikaissairaiden lasten hoitoa päiväkodeissa. Tätä tutkimusta voitaisiin käyttää lähtökohtana nykytilanteesta ja uusi tutkimus keskittyisi siihen, miten tulevaa tilannetta voitaisiin parantaa. Tämän tutkimuksen jokaisesta tutkimuskysymyksestä voitaisiin helposti toteuttaa kokonaan oma tutkimuksensa joko laajempana määrällisenä tutkimuksena tai pienemmällä otoksella laadullisena tutkimuksena. Tässä tutkimuksessa on käytännön toteutuksen vuoksi aihealueita käsitelty melko pintapuolisesti, siksi olisi mielenkiintoista saada tarkempaa tietoa kustakin aiheesta erikseen. Etenkin viimeinen tutkimuskysymys: Yhteistyö pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa olisi mielenkiintoinen opinnäytetyön aihe. Työelämässä oltaisiin kiinnostuneita tietämään, millaisia tuloksia saataisiin tekemällä vastaavanlainen tutkimus yksityisiin päiväkoteihin. Vertailevalla tutkimusotteella voitaisiin saada tutkittua tämän työn tuloksia rinnakkain yksityisestä päiväkodista saatuihin tutkimustuloksiin. Myös ryhmäpäiväkotien ja perhepäivähoitajien kohdalla voitaisiin harkita tällaista vertailevaa tutkimusta.

Tutkijat ovat terveysalan opiskelijoita, eikä heille sosiaalialan käsitteistö ollut ennestään tuttu. Tutustumalla myös varhaiskasvatukseen tutkijat kasvattivat omaa ammattitaitoaan, joskin työ tuntui tämän takia ajoittain haastavalle ja rankalle. Hoitotyön näkökulmasta tämän työn tekeminen on ollut hyvin opettavaista, koska perehdyimme neljään pitkäaikaissairauteen sekä niihin liittyvään lääkehoitoon tarkasti. On erittäin hyödyllistä tehdä opinnäytetyö eri alalle, jota itse opiskelee, koska silloin ymmärtää olevansa oman alansa asiantuntija. Jotta voimme toimia moniammatillisesti, on hyvä tietää muiden ammattialojen työstä. Erityisesti tulevana terveydenhoitajina meidän on hyvä hahmottaa, miten päivähoito Suomessa toimii.

Koko tutkimusprosessi on ollut kaiken kaikkiaan mielenkiintoinen ja opettavainen kokemus. Alkupisteessä se tuntui valtavan laajalta ja sekavalta työltä, mutta hiljalleen tekemällä ja ottamalla asioista selvää se jäsenyi kuitenkin hienosti. Hyvät metodioppaat ja opinnäytetyön ohjaus ovat olleet ehdottoman tärkeitä tämän tutkimuksen valmistumiselle. Jälkikäteen ajatellen tutkimuksen valmistelussa olisi pitänyt käyttää vielä enemmän aikaa ja vaivaa, mutta virheitään ei oikeastaan huomaa kuin vasta jälkikäteen. Jos vielä joskus elämässään isoa tutkimusprosessia lähtee työstämään, on tästä kokemuksesta ehdottomasti iso apu.

LÄHTEET

Allergia- ja astmaliitto. 2014. Astman oireet ja aiheuttajat. Päivitetty 2014. Saatavissa: <http://www.allergia.fi/allergia-ja-astma/astma/astman-oireet-ja-aiheuttajat/> [viitattu 12.1.2014].

American diabetes association. 2011. Diabetes Care in the School and Day Care Setting. Diabetes Care-lehti Tammikuu 2011. Saatavissa CINAHL-palvelun kautta hakusanoilla daycare ja diabetes [viitattu 29.4.2014].

Apteekkariliitto. Babyhealer-lääkeannosteluvideo. 2013. Saatavissa: <http://www.apteekkariliitto.fi/tietopankki/annosteluvideot/babyhaler.html> [viitattu 14.1.2014].

Ashorn, M. 2010. Suoliston, maksan ja haiman sairaudet. Teoksessa: Rajantie, J., Mertsola, J. & Heikinheimo, M. (toim.) Lastentaudit. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 442 - 444.

Asetus lasten päivähoidosta 16.3.1973/239. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730239> [viitattu 28.1.2014].

Asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista 804/1992. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920804> [viitattu 28.1.2014].

Brinderjit, K. & Shayne, T. 2001. The effect of day care exposure on the risk of developing type 1 diabetes. American diabetes association: Diabetes Care-lehti Elokuu 2001. Saatavissa CINAHL-palvelun kautta hakusanoilla daycare ja diabetes.[Viitattu 29.4.2014].

Csonka, P. & Junttila, P. 2013. Lapsiperheen allergiaopas. Helsinki: WSOY.

Diabetes leikki-ikäisellä -opas päivähoitoon. Diabetesliitto.

Electronic surveys. Coloradon yliopiston internet-opetusmateriaali Writing@CSU. Saatavissa: <http://writing.colostate.edu/guides/page.cfm?pageid=1406> [viitattu: 26.2.2014] .

Eriksson, K., Gaily, E., Hyvärinen, P., Nieminen, P. & Vainionpää, L. 2013. Lapsi ja epilepsia. 3. uudistettu painos. Epilepsialiitto ry.

Eriksson, K. & Nieminen, P. 2003. Lapsen kehitys ja epilepsia. Teoksessa: Eriksson, K., Seppänen, U., Nieminen, P. & Heikkilä, M. (toim.) Epilepsian ABC. Jyväskylä: PS-kustannus, s. 15 - 58.

Fimea. 2009. Nebunette-inhalaatiolaitteen käyttäjiä kehoitetaan varmistumaan laitteen oikeasta käyttötavasta. Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskuksen internetsivut. Päivitetty 1.4.2009. Saatavissa:
http://www.fimea.fi/ajankohtaista/lehdistotiedotteet/laakelaitoksen_lehdistotiedotteet_uutissivu/1/0/nebunette-inhalaatiolaitteen_kayttajia_kehotetaan_varmistumaan_laitteen_oikeasta_kayttotavasta [viitattu 17.1.2014].

Haahtela, T. 2007. Anafylaksia. Teoksessa: Haahtela, T., Hannuksela, M., Mäkela, M. & Terho, O (toim.) 2007. Allergia. 1.painos. Helsinki; Kustannus Oy Duodecim , s. 359 - 370.

Haahtela, T. 2008. Kansallinen allergiaohjelma 2008 - 2018 -aika muuttaa suuntaa. Suomen Lääkärilehti 14/2008, s. 4.

Haahtela, T. 2009a. Antikolinergit. Päivitetty 20.11.2009. Saatavissa:
<http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/pit/koti> [viitattu 15.1.2014].

Haahtela, T. 2009b. Beeta-2-agonistit. Päivitetty 20.11.2009. Saatavissa:
<http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/pit/koti> [viitattu 15.1.2014].

Haahtela, T. 2009c. Inhaloitavat kortisonit. Päivitetty 20.11.2009. Saatavissa:
http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/alg/koti?p_artikkeli=alg00201&p_haku=kortikosteroidi%20haahtela [viitattu 30.1.2014].

Haahtela, T. 2013. Astma. 4.painos. Forssa Print : Allergia- ja Astmaliitto ry 1/2013.

Haahtela, T. & Hannuksela, M. 2009. Allergian ja astman yleisyys. Päivitetty 20.11.2009. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/alg/koti?p_artikkeli=alg00002&p_haku=allergia [viitattu 28.1.2014] .

Haahtela, T. & Hannuksela, M. 2007. Mitä allergia on? Teoksessa: Haahtela, T., Hannuksela, M., Mäkelä, M. & Terho, O (toim.) Allergia. 1.painos. Helsinki; Kustannus Oy Duodecim , s. 8 - 29.

Hannuksela, M. 2007. Atooppinen ihottuma. Teoksessa: Haahtela, T., Hannuksela, M., Mäkelä, M. & Terho, O (toim.) Allergia. 1.painos. Helsinki; Kustannus Oy Duodecim, s. 129 - 150.

Heikkilä, M., Välimäki, A.-L., Ihalainen, S.-L. 2007. Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. Stakes, oppaita 56. Gummerus Kirjapaino Oy. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/handle/10024/77129> [viitattu 28.1.2014].

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holkeri-Rinkinen, L. 2009. Aikuinen ja lapsi vuorovaikutusta rakentamassa- Diskurssianalyttinen tutkimus päiväkodin arjesta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <https://uta17-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/66472/978-951-44-7692-1.pdf?sequence=1> [viitattu: 29.4.2014].

Huttunen, N.-P. 2002. Diabetes. Teoksessa: Huttunen, N.-P. (toim.) Lasten ja nuorten sairaudet. 1.painos. WSOY, s. 226 - 234.

Härmä-Rodriguez, S. 2011. Insuliinin pistosvälineet, pistostekniikka ja pistospaikat lapsille; Lapsen insuliinin pistämisen oppiminen ja vastuu pistoksista. Teoksessa:

Jantunen, J. 2013. Mitä allergia ja astma maksaa yhteiskunnalle. PowerPoint-esitys 9.12.2013. Helsinki: Kansanterveyspäivä.

Kajosaari, M. 2010. Astma. Teoksessa: Rajantie, J., Mertsola, J. & Heikinheimo, M. (toim.) Lastentaudit. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 295 - 304.

Kajosaari, M. 2011. Alle kouluikäisten lasten astma. Allergia- ja Astmaliitto ry ja Hengityслиitto Heli ry. Saatavissa:
<http://www.allergia.fi/@Bin/60640/Astmaopas.Heli-AL.1204.pdf> [viitattu 16.1.2014].

Kalavainen, M. & Keskinen, P. 2011. Diabeetikkolasten ja -nuorten ateriat ja ruokailurytmi. Teoksessa: Ilanne-Parikka, P., Rinnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 352 - 353.

Kaskela, M. & Kekkonen, M. 2006. Kasvatuskumppanuus kannattelee lasta -Opas varhaiskasvatuksen kehittämiseen. Stakes: Oppaita 63. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Keskinen, P. 2011a. Diabeetikkolapsen hoidon seuranta. Teoksessa: Ilanne-Parikka, P., Rinnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 371.

Keskinen, P. 2011b. Lasten monipistoshoidon toteutus lapselle ja nuorelle. Teoksessa: Ilanne-Parikka, P., Rinnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 344 - 346.

Keskinen, P. & Härmä Rodríguez, S. 2011. Lapsen hypoglykemian ehkäisy. Teoksessa: Ilanne-Parikka, P., Rinnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 360.

Keskinen, P. & Kalavainen, M. 2011. Diabeetikkolapsi päiväkodissa ja koulussa. Teoksessa: Ilanne-Parikka, P., Rinnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 360.

Knip, M. & Sipilä, I. 2010. Diabetes. Teoksessa: Rajantie, J., Mertsola, J. & Heikinheimo, M. (toim.) Lastentaudit. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 358 - 369.

Koivikko, M. 2013. Diabeetikon hypoglykemia. Päivitetty 21.5.2013. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00553&p_haku=hypoglykemia [viitattu 24.2.2014].

Korolainen, M. & Räsänen, S. 2008. Päiväkodin ja lastenneuvolan moniammatillinen yhteistyö Espoossa. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Kouvolan sanomat. 2012. Päivähoidon työntekijät antavat lääkkeitä yhä kirjavin tavoin. Kouvolan sanomien-internetsivut. Päivitetty 26.2.2012. Saatavissa: <http://www.kouvolansanomat.fi/Online/2012/02/26/P%C3%A4iv%C3%A4hoidon+ty%C3%B6ntekij%C3%A4t+antavat+l%C3%A4%C3%A4kkeit%C3%A4+yh%C3%A4+kirjavin+tavoin/2012513003364/4> [viitattu 24.4.2014].

Kuokkanen, H. 2006. Kasvatus ja varhaiskasvatus. Teoksessa: Häkkä, A., Kuokkanen, H. & Virolainen, A. (toim.) Lapsen parhaaksi lähihoitaja varhaiskasvattajana. 1. painos. Helsinki; Edita Prima, s. 9 - 64.

Käypä hoito -suositus. 2012. Astma. Päivitetty 24.09.2012. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=DBA03C2F4E9B848A389BAA42DFE01826?id=hoi06030> [viitattu 2.5.2014].

Laki lasten päivähoidosta 19.1.1973/36. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730036> [viitattu 28.1.2014].

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 272/2005. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050272> [viitattu 28.1.2014].

Lamminen, K. 2013. Toisissa kouluissa ollaan allergisempia kuin toisissa. Maaseudun tulevaisuus -lehti 21. helmikuuta 2014, s. 9.

Lehtipää, R. 2007. Päivähoidon ja vanhempien kasvatuskumppanuus pikkulapsiperheiden arjessa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: https://www.jyu.fi/ytk/laitokset/perhetutkimus/tutkimus/paletti/gradu_lehtipaa [viitattu 5.2.2014].

Leppiniemi, E. 2011. Verinäytteen ottaminen. Teoksessa: Ilanne-Parikka, P., Rinnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s.70. 7.

Lindholm, M. 2004. Lapsi, perhe ja yhteisö. Teoksessa: Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. 1. - 3. painos. Helsinki: Tammi, s.14 - 29.

MTV3. 2012. Seitsemän uutiset. Diabeteksen nopea lisääntyminen lisää jo päiväkotien työtaakkaa. (Diabetes lisääntyy nopeasti - lastenhoitajat piikitysopissa). Päivitetty: 16.1.2012. Saatavissa: <http://www.nostot.fi/browser/web/931208/M1VocyAzVWdzIDNVZ0MgM1VnWSAzVWdiIDNVZzUgM1VnOSAzVWc4IDNVZzEgM1VnRCAzVWZYIDNVZk4gM1VpVyAzVWZQIDNVZ2EgM1VmRCAzVWcyIDNVZnogM1VmdQ=> [viitattu 24.2.2014].

Mäkelä, M. 2007. Lasten ruokayliherkkyys. Teoksessa: Haahtela, T., Hannuksela, M., Mäkelä, M. & Terho, O. (toim.) Allergia. Helsinki; Kustannus Oy Duodecim, s. 303 - 315.

Mäkelä, M. 2009. Pienten lasten astman/vinkunan säännöllinen lääkehoito. Päivitetty 20.11.2009. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/pit/avaa?p_artikkeli=alg00191 [viitattu 15.1.2014].

Mäkelä, M. 2013. Mika Mäkelä puhuu lasten ruoka-aine allergioista. Youtube. Saatavissa: <http://www.youtube.com/watch?v=00Akz0kLsuk> [viitattu 1.5.2014].

Mäkelä, M., Pelkonen, A., Kuitunen, M., Valovirta, E., Tommila, E., Haahtela, T., Haliseva-Lahtinen, A.-M. & Liimola, A. 2010. Allerginen lapsi päivähoidossa. Saatavissa:

http://www.allergia.fi/@Bin/72511/Paivahoidon_allergiaohje_31_5_2010_valmis_2_.pdf [viitattu 17.1.2014].

Mäkinen-Kiljunen, S., Andersén, H., Mäkelä, M. & Haahtela, T. 2005. Anafylaksiailmoitukset vuosina 2000 - 2004. Suomen lääkärilehti 2005;60(40):4007 - 4013. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00553&p_haku=hypoglykemia [viitattu 24.4.2014].

Nikkanen, P. 2011. Insuliinien annosteluvälineet ja niiden käyttö; Insuliinin pistostekniikka. Teoksessa: Ilanne-Parikka, P., Rinnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 111 - 115.

Patel, B., Bansal, P. & Tobin, M. 2006. Management of anaphylaxis in child care centers: evaluation 6 and 12 months after an intervention program. American College of Allergy, Asthma & Immunology. Julkaisija: Elsevier Inc. Tiivistelmä saatavissa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S108112061060974X> [viitattu: 29.4.2014].

Pihlaja, P. & Viitala, R. 2004. Erityiskasvatus varhaislapsuudessa. 1.painos. Helsinki: WSOY.

Päivähoidon allergia- ja astmaohjeisto. 2004. Helsinki: Allergia- ja astmaliitto, Hengityслиitto Heli & Suomen kuntaliitto.

Päiväkodit alueittain. Kouvolan kaupungin internetsivut. Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/index/lapsiperheelle/paivahoito/paivakodit.html> [viitattu 30.1.2014].

Päiväkotien kotisivut. Kouvolan kaupungin internetsivut Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/index/lapsiperheelle/paivahoito/paivakotienkotisivut.html> [viitattu 30.1.2014].

Pärnä, K. 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina - Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Väitöskirja. Turun yliopisto.

Rajantie, J. 2002. Lasten sairaudet Suomessa. Teoksessa: Huttunen, N.-P. (toim.) Lasten ja nuorten sairaudet. 1.painos. Helsinki: WSOY, s. 35 - 39.

Ruuskanen, S. 2004. Diabetes. Teoksessa: Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. 1.-3. painos. Helsinki: Tammi, s. 207 - 219.

Rönnemaa, T. 2011. Miten ja miksi diabeteksen lisäsairauksia voi kehittyä?. Päivitetty 18.3.2011. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/pit/koti> [viitattu 19.12.2013].

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. 1.painos. Helsinki; Sanomo Pro Oy.

Saha, M.-T. 2011a. Lasten ja nuorten verensokerin tavoitetasot. Teoksessa: Ilanne-Parikka, P., Rinnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 350.

Saha, M.-T. 2011b. Lasten sairauspäivät. Teoksessa: Ilanne-Parikka, P., Rinnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s.363 - 364.

Saha, M.-T. 2011c. Lapsidiabeetikon hoidon aloitus. Teoksessa: Ilanne-Parikka, P., Rinnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s.335 - 336.

Saha, M.-T. & Härmä-Rodriguez, S. 2011a. Verensokerin mittaaminen ja mittausvälineet. Teoksessa: Ilanne-Parikka, P., Rinnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s.350.

Saha, M.-T. & Härmä-Rodriguez, S. 2011a, Diabeetikolapsen ja -nuoren liikunta; Diabeetikko lapsen ja -nuoren liikuntaharrastukset. Teoksessa: Ilanne-Parikka, P., Rinnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s.357 - 359.

Seppälä, U., Nieminen, P., Mårtensson, A., Valtonen, T., Eriksson, K., Parviainen, P. & Heikkilä, M. 2003. Koulu ja epilepsia. Teoksessa: Eriksson, K., Seppälä, U., Nieminen, P. & Heikkilä, M. (toim.) Epilepsian ABC. Jyväskylä; PS-kustannus, s 77-115.

STM. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena -opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3578.pdf&title=Lastenneuvola_lapsiperheiden_tukena_fi.pdf [viitattu 2.5.2014].

STM. 2006. Turvallinen lääkehoito - Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1139565646410/passthru.pdf> [viitattu 28.1.2014].

STM. 2012. Pitkäaikaissairaiden lasten lääkehoidon turvallinen toteuttaminen lasten päivähoidossa. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Kuntainfo 5/2012. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1828601> [viitattu 22.1.2014].

Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvuori, T. & Uotila, N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oyj.

Tapanainen, P. & Rajantie, J. 2010. Mitä lapset Suomessa sairastavat? Teoksessa: Rajantie, J., Mertsola, J. & Heikinheimo, M. (toim.) Lastentaudit. 4 uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 20 - 25.

Terho, O. 2007. Nenän ja silmän yliherkkyysairaudet. Teoksessa: Haahtela, T., Hannuksela, M., Mäkelä, M. & Terho, O. (toim.) Allergia. 1.painos. Helsinki; Kustannus Oy Duodecim, s. 197 - 215.

THL. 2013. Ravintotekijöissäkin ehkä syytä tyypin 1 diabetekseen. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/ravitsemustietoa/terveys/diabetes/ravitsemus_tyypin_1_diabeteksen_riski [viitattu 19.12.2013].

THL. 2014a. Kokopäivähoidossa päiväkodeissa olleet 0 - 6-vuotiaat lapset vuonna 2012. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Saatavissa:
<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?currentEvent=drill®ionCount=1&sexCount=1&eventParameter=1892&setId=p85c1a784c430d8acf5874960894a069485a071e6af40ad&indCount=2&yearCount=1> [viitattu 30.1.2014].

THL. 2014b. Kokopäivähoidossa päiväkodeissa ja perhepäivähoidossa olleet 0-6-vuotiaat vuonna 2012. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Saatavissa:
<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=1¤tEvent=getData&sexCount=1&setId=p85c1a784c430d8acf5874960894a069485a071e6af40ad&indCount=1&yearCount=1> [viitattu 30.1.2014].

Tuominiemi-Lilja, T. & Kurki, R. 2011. HYVE 4 - Malli yhteisestä keskustelurungosta neuvolaan ja päivähoitoon. Teoksessa: Lapsen ääni - Kehittämishojelman osahankkeiden toimintamallit 2009 - 2011. Päivitetty 22.11.2011. Saatavissa:
[http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CDIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.lapsenaani.fi%2FMATERIAALI%2FLapsen%2520%25C3%25A4%25C3%25A4ni%2520osahankkeiden%2520toimintamallit%25202009-2011%2520verkkajulkaisu%25204%2520\(2\).pdf&ei=p_FjU8miKsi9ygOsyOLADg&usg=AFQjCNHRxeN4BG4—uIGUPGoyFIDDsUtng](http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CDIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.lapsenaani.fi%2FMATERIAALI%2FLapsen%2520%25C3%25A4%25C3%25A4ni%2520osahankkeiden%2520toimintamallit%25202009-2011%2520verkkajulkaisu%25204%2520(2).pdf&ei=p_FjU8miKsi9ygOsyOLADg&usg=AFQjCNHRxeN4BG4—uIGUPGoyFIDDsUtng) [viitattu 2.5.2014].

Varhaiskasvatus. Kouvolan kaupungin internetsivut. Päivitetty 7.1.2014. Saatavissa:
<http://www.kouvola.fi/index/lapsiperheelle/paivahoito.html> [viitattu 28.1.2014].

Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. 2005. Oppaita 56. Helsinki: Stakes, sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saatavissa:
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77129/Varhaiskasvatussuunnitelmanperusteet.pdf?sequence=1> [viitattu 3.2.2014].

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa - määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Tammi.

LIITTEET

Liite 1. Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön valmiudet ja edellytykset osallistua lääkehoidon toteuttamiseen nykyisten koulutusvaatimusten pohjalta.

Lääkehoitoa toteuttava henkilöstö		Perustutkintoon johtavan koulutuksen antamat valmiudet	Osaamisen varmistaminen, lisäkoulutus	Vastuu / luvan myöntäminen
Lääkehoitoon koulutettu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö esim. -sairaanhoitaja		<ul style="list-style-type: none"> - lääkkeiden tilaaminen, käyttökuntoon saattaminen ja jakaminen potilaskohtaisiksi annoksiksi - luonnollista tietä annettava lääkehoito - injektiot ihonsisäisesti, ihon alle ja lihakseen - rokotteet - suonensisäinen neste- ja lääkehoito - verensiirtohoito - epiduraalitilaan annettavaan lääkehoitoon osallistuminen 	<ul style="list-style-type: none"> - suonensisäinen neste- ja lääkehoito - verensiirtohoito - epiduraalitilaan annettavaan lääkehoitoon osallistuminen, muun muassa kipupumppuun annosteltavat lääkkeet - rokotteet 	<p>Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri</p> <p>Näyttö: Kokenut laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p>
Lääkehoitoon koulutettu nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö esim. -lähihoitaja		<ul style="list-style-type: none"> - lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiksi annoksiksi - luonnollista tietä annettava lääkehoito - injektiot ihon alle ja lihakseen 	<ul style="list-style-type: none"> - lääkkeiden tilaaminen - injektiot ihon alle ja lihakseen - lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän jatkoinfuusiopullon tai nestepussin vaihtaminen 	<p>Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri</p> <p>Näyttö: Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p>
Lääkehoitoon koulutusta saanut sosiaalihuollon ammatillinen		<ul style="list-style-type: none"> - valmiiksi jaettujen lääkkeiden antaminen 	<ul style="list-style-type: none"> - injektiot ihon alle 	<p>Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta</p>

henkilöstö		luonnollista tietä		vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri
esim. -osa sosionomeista (amk), valinnainen kurssi				Näyttö: Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö
Lääkehoitoon kouluttamaton henkilöstö			- lääkkeiden antaminen luonnollista tietä alkuperäispakkauksesta - injektiot ihon alle	Sopimukseen perustuvaa - potilas-, lääke- ja tilannekohtainen Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri Näyttö: Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö
esim. - lastentarhanopettaja -kasvatustieteen kandidaatti/maisteri -osa sosionomeista (amk), valinnainen kurssi -perhepäivähoitaja -päivähoitaja				

(Lähde: STM:n oppaita 2005:32, muokattu.)

Liite 2. Kouvolan lääkehoitosuunnitelma varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa ja aamu- ja iltapäivätoiminnassa



Perusopetus
Varhaiskasvatus

A) Lääkehoitosuunnitelma varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa ja aamu- ja iltapäivätoiminnassa

Tämän lääkehoitosuunnitelman perustana on Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2006 julkaisema opas Turvallinen lääkehoito, valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suunnitelma liitetään osaksi yksikköjen turvallisuussuunnitelmaa.

Tämä suunnitelma on syntynyt yhteistyössä varhaiskasvatuksen, perusopetuksen, kouluterveydenhuollon ja lastenneuvolan kanssa. Suunnitelmaa noudatetaan varhaiskasvatuksen yksiköissä, kouluissa, aamu- ja iltapäivätoiminnassa sekä vammaisten lasten loma-ajan hoidossa. Kukin yksikkö suunnittelee tämän ohjeistuksen pohjalta lääkehoidon kannalta tarpeelliset toimenpiteet yksittäisen lapsen tarpeen mukaan.

Suunnitelma koskee välttämättömiä koulussa ja varhaiskasvatusyksikössä tapahtuvia lääkehoidollisia toimenpiteitä. Kokonaisvastuu lapsen sairaudenhoidosta ja lääkkeiden annosta on aina huoltajalla. Onnistuneen lääkehoidon perustana on kiinteä ja toimiva yhteistyö huoltajien ja koulun/varhaiskasvatusyksikön henkilöstön välillä. Huoltajan tehtävänä on informoida koulua/varhaiskasvatusyksikköä lapsen sairauksista ja niiden hoidosta niiltä osin kun ne vaikuttavat turvallisen hoito-/koulupäivän toteuttamiseen.

Toimintaympäristöä, jossa lääkehoitoa toteuttavat muut kuin terveydenhuollon koulutuksen saaneet henkilöt, kutsutaan Turvallinen lääkehoito-oppaassa lääkehoidon epätyypilliseksi alueiksi. Lääkehoitoon peruskoulutukseltaan kouluttamaton henkilö voi osallistua luonnollista tietä (iho, suu, silmät, korvat, peräaukko) annettavan ja ihon alle pistettävän lääkehoidon toteuttamiseen yksittäistapauksissa tai erillisen yksilökohtaisen suunnitelman mukaisesti. Tarvittavaa lisäkoulutusta pyritään

järjestämään mahdollisuuksien mukaan. Varhaiskasvatuksessa annetaan suunnitelman mukaan lääkinnällistä hoitoa pääsääntöisesti terveydenhuollon ammattilaisen ohjeiden mukaisesti.

1. Yksiköissä toteutettava lääkehoito

Varhaiskasvatussyksikössä, koulussa, aamu- ja iltapäivätoiminnassa sekä vammaisten lasten loma-ajan hoidossa annettava lääkehoito on valtaosaltaan satunnaista tai oireen mukaista lääkehoitoa.

Hoidon tarpeen kiireellisyyden mukaan tilanteet voidaan jakaa seuraavasti:

1. Välitöntä hoitoa vaativat, esimerkiksi

- a. anafylaksian hoito
- b. insuliinishokin hoito
- c. kouristuksen hoito

2. Satunnaisia oireita lievittävät

- a. astman ja allergian hoito
- b. kuumeen ja säryn hoito
- c. muiden sairauksien hoito

3. Pitkäaikaissairauden ylläpitohoito

- a. insuliinihoito diabeteksessa
- b. astman hoitava lääkitys
- c. muiden sairauksien hoito

Lääkkeitä annetaan aina vain yksilöllisen suunnitelman mukaan tai vain erityistilanteissa. Tarvittaessa konsultoidaan kouluterveydenhoitajaa tai hoitavaa tahoa. Lääkehoidon suunnitelma laaditaan lapsen ikä ja kehitystaso huomioon ottaen. Koululainen osaa usein ottaa itse lääkkeensä ja tällöin henkilökunnan tehtävänä on antaa huoltajan toimittama lääkeannos tai valvoa, että lääke tulee otetuksi ja seurata lapsen tilannetta.

Lääkehoitoa toteutetaan esimerkiksi seuraavissa tilanteissa yksilöllisesti tehdyn suunnitelman mukaisesti:

- ensiapulääkitys anafylaktisessa reaktiossa
- ensiapulääkitys epileptokohtauksessa
- avaava lääke astma-kohtauksessa tai tarvittaessa ennakkoivasti
- insuliinipistokset ja ensiapulääkitys insuliinishokissa
- muut pitkä-aikaista lääkehoitoa vaativat sairaudet

Vuoropäiväkodissa, aamu- ja iltapäivätoiminnassa ja vammaisten lasten loma-ajan hoidossa voidaan lisäksi tarvittaessa antaa pitkäaikaissairauden vaatimaa ylläpitolääkitystä, kuuriluonteista lääkitystä tai äkillisesti sairastuneen lapselle annettavaa hoitoa erillisen ennalta tehdyn suunnitelman ja sopimusten mukaisesti.

Yksiköissä sovitaan seuraavista käytännöistä yhteistyöhön huoltajien kanssa pyrkien:

- lääkeshoidon ja riittävän reagointivalmiuden vaatima informointi
- lääkkeen antamiseen liittyvä koulutus ja lääkeannosteluluvan myöntäminen
- menettelytavat riskitilanteissa
- menettelytavat poikkeustilanteissa annettavassa särky- ja kuumelääkityksessä
- yksilökohtainen lääkeshoidon suunnitelman laatiminen

2. Lääkehoitoon liittyvät toimijat ja tehtävät

Huoltaja vastaa siitä, että lapsen lääkeshoidon tarve ja lääkeshoidon kannalta kaikki tarvittava tieto on käytettävissä. Huoltajan vastuulla on myös lapsen yksilöllisen lääkkeen toimittaminen ja tiedon siirtäminen tarvittaessa toiseen kuntaan tai muulle koulutuksen järjestäjälle. Kaikki lapsen lääkehoitoon osallistuvat tahot toimivat yhteistyössä huoltajan kanssa.

Yksikön johtaja vastaa tämän suunnitelman toteutumisesta oman yksikkönsä toiminnassa sekä siitä, että yksikössä on käytettävissä riittävä tieto ja asiantuntemus. Yksikönjohtaja vastaa myös siitä, että tietoja käsitellään ammatillisesti salassapitovelvollisuuden piirissä. Yksikön johtaja on vastuussa perusopetuslain § 41 mukaisesta lapsen kasvatuksen ja opetuksen järjestämisen kannalta välttämättömän tiedon siirtämisestä.

Kouluterveydenhuolto ja lastenneuvola vastaavat käytettävissään olevan tiedon puitteissa siitä, että yksittäisen lapsen lääkehoitosuunnitelman laatimisen tarve tulee päivähoitopaikan, koulun ja kaupungin omana toimintana tapahtuvan aamu- ja iltapäivätoiminnan tietoon. Kouluterveydenhuoltoa, lastenneuvolaa, erikoissairaanhoidoa tai muuta hoitavaa tahoa voidaan tarvittaessa konsultoida lääkehoitoon liittyvissä asioissa.

Lääkkeenantaja vastaa siitä, että hän toimii tehdyn suunnitelman mukaisesti.

Kukin yksikön aikuinen vastaa hätätilanteissa ensiaputoimenpiteistä.

3. Lapsen lääkehoidon suunnitelma (liite 1)

Lapsikohtaisen lääkehoidon tarpeen on arvioinut ja suunnitellut lasta hoitava tah, jota voidaan tarvittaessa käyttää asiantuntijana. Lääkehoidon suunnitelma tehdään yhteistyössä huoltajan kanssa. Suunnitelmaa laadittaessa pohditaan lapsen lääkehoidon ja terveydentilan tarpeet ja millä toimenpiteillä näihin tarpeisiin voidaan vastata.

Lapsen lääkehoidon suunnitelma laaditaan esimerkiksi seuraavissa tilanteissa:

- lapsen tiedetään tarvitsevan välitöntä lääkehoitoa tietyissä tilanteissa
- lapsella on pitkäaikaissairaus, johon hän tarvitsee ulkopuolisen antamaa lääkehoitoa päivähoito- tai koulupäivän aikana, aamu- ja iltapäivätoiminnassa ja/tai vammaisten lasten loma-ajan hoidossa.
- lapsella on sairaus, jonka lääkehoidon vaikutuksia on seurattava päivän aikana

Lääkehoidon suunnitelmaan kirjataan muun muassa:

- mistä sairaudesta tai oireesta on kyse
- milloin lääkehoitoa tarvitaan
- keiden on tarpeen tietää suunnitelmasta
- missä lääke säilytetään
- miten lääke annetaan
- kuka lääkkeen antaa ja varahenkilöt
- mitä muita toimenpiteitä lääkkeen antamista vaativa tilanne edellyttää
 - sairausauton kutsuminen
 - ilmoittaminen huoltajille
 - mitä oireita seurataan
 - muita toimenpiteitä
- kenelle ja milloin lääkkeen antamisesta tiedotetaan
- millaista osaamista tarvitaan, kuka kouluttaa, ketä koulutetaan
- miten varmistetaan lääkkeen antajien riittävä osaaminen
- lääkkeen tai käytetyn välineen hävittäminen

**B) MUUT SAIRAUDEN- TAI TERVEYDENHOITOON LIITTYVÄT TOIMENPITEET
VARHAISKASVATUKSESSA, PERUSOPETUKSESSA JA AAMU- JA
ILTAPÄIVÄTOIMINNASSA**

Välttämättömät koulussa/varhaiskasvatuksen yksikössä tapahtuvat hoitotoimenpiteet toteutetaan yksilöllisen suunnitelman (liite 2) mukaan. Tällaisia hoitotoimenpiteitä ovat esimerkiksi:

- rasvaus
- katetrointi
- imut
- happihoito
- haavanhoito

Liite 3. Muuttujataulukko

MUUTTUJATAULUKKO			
Taustamuuttujat	Sivunumero opinnäytetyön teoriassa	Kysymyksen numero	Kysymys
Työskentelyalue	s. 9	1.	. Millä alueella työskentelet? 1. Eteläinen 2. Keskinen 3. Pohjoinen
Ammattinimike	s. 8	2.	Ammattinimikkeeltäni olen? 1. Lastentarhanopettaja (amk tai yliopisto) 2. Lähihoitaja 3. Lastenhoitaja 4. Muu, mikä?
Työkokemus		3.	Kuinka kauan olet työskennellyt päiväkodissa? 1. 0 - 2 vuotta 2. 3 - 9 vuotta 3. yli 10 vuotta
Pitkäaikaissairaalan lapsen hoitaminen työuran aikana	s. 57 - 58	4.	Oletko hoitanut pitkäaikaissairasta lasta työurasi aikana? Voit valita useamman vastausvaihtoehdon. Allergisilla sairauksilla tarkoitetaan allergista nuhaa, atooppista ihottumaa, Anafylaksiaa ja ruoka-aineyleherkkyyttä Vaihtoehdot: 1. Kyllä, allergista/allergisia sairauksia sairastavaa lasta 2. Kyllä, astmaa sairastavaa lasta 3. Kyllä, tyypin 1 diabetesta sairastavaa lasta 4. Kyllä, epilepsiaa sairastavaa lasta 5. En ole hoitanut pitkäaikaissairasta lasta työurani aikana
Päiväkotiympäristön ja organisaation antama tuki pitkäaikaissairaalan lapsen hoidossa - muuttajat:			
Perehdytys lääkehoitoon	s. 9 -13	5.	Oletko saanut työpaikkakohtaisen perehdytyksen päiväkodissa tapahtuvaan lääkehoitoon? Vaihtoehdot: 1. Kyllä, ja se on mielestäni ollut riittävää 2. Kyllä, mutta toivoisin lisäperehdytystä lääkehoitoon 3. En ole saanut perehdytystä lääkehoitoon
Lääkehoitosuunnitelma	s. 9 - 13	6.	Olen tutustunut ryhmäni lasten henkilökohtaisiin lääkehoitosuunnitelmiin Vaihtoehdot: 1. Kyllä 2. En, mutta ryhmässäni on lapsi/lapsia, joilla

			on henkilökohtainen lääkehoitosuunnitelma 3. En, eikä ryhmässäni ei ole lasta/lapsia, joilla olisi henkilökohtainen lääkehoitosuunnitelma
	s. 9 - 13	7.	Mielestäni pitkäaikaissairaahan lapsen henkilökohtainen lääkehoitosuunnitelma: Valitse vaihtoehtoista ne, jotka mielestäsi parhaiten kuvaavat lapsen henkilökohtaista lääkehoitosuunnitelmaa. Voit valita useamman vaihtoehdon tai vastata kysymykseen avoimesti. Vaihtoehdot: 1. On hyödyllinen ja tärkeä osa lapsen hoitoa 2. Jää ajoittain laatimatta lapselle 3. Ei ole tärkeä osa lapsen hoitoa 4. Muutokset hoidossa jäävät usein päivittämättä suunnitelmaan 5. Jotakin muuta, mitä?
Henkilöstömitoitus ja lapsiryhmän koko	s. 8	8.	Onko työpaikallasi huomioitu pitkäaikaissairaahan lapsen hoitaminen henkilöstömitoituksessa tai lapsiryhmän koossa? 1. Kyllä 2. Ei, mutta mielestäni tulisi ottaa huomioon 3. Ei, eikä sille ole minusta tarvetta 4. Kyllä, mutta se ei aina toteudu (esim. hoitajan sairastuminen)
Ruokailutilanteet allergisen lapsen kanssa	s. 19	10.	Huomioidaanko työpaikallasi seuraavia asioita ruoka-aine allergiaa sairastavan lapsen ruokailussa? Voit valita useamman vastausvaihtoehdon. Dieettiruudalla tarkoitetaan allergiaruokavaliota. Vaihtoehdot: 1. Dieettiruoka jaetaan ensimmäisenä 2. Dieettiruokiin varataan omat ottimet 3. Mahdollisuus, että ruoka-aine allergiaa sairastava lapsi ottaa ruokaa toisen lapsen lautaselta, minimoidaan ruokailutilanteissa 4. Vanhemmilta tarkistetaan ajoittain allergiadieettien ajantasaisuus 5. Selvitetään, voiko ristiallergian takia vihanneksista/hedelmistä oireita saava lapsi syödä vihanneksia/hedelmiä kypsennettynä
	s. 23 - 24 s. 29	11.	Liikunta on tärkeä osa kaikkien lasten elämää. Huomioidaanko työpaikallasi mielestäsi diabetes- ja astmalasten perussairaus liikuntatilanteissa? Voit valita useamman vastausvaihtoehdon tai vastata kysymykseen avoimesti. 1. Kyllä, diabeteslasten kohdalla (liikunta voi laskea verensokeriarvoja) 2. Kyllä, astmalasten kohdalla (liikunta voi pahentaa astmaoireita) 3. Mielestäni lapsen perussairautta ei huomioida liikuntatilanteissa 4. Kyllä, miten?

Varhaiskasvatushenkilöstön kokemus valmiuksistaan hoitaa lasten yleisimpiä pitkäaikaissairauksia			
Varhaiskasvatushenkilöstön oma kokemus pitkäaikaissairaiden lasten hoidosta		9.	Parhaiten lasten pitkäaikaissairauksista koen osaavani hoitaa? Voit valita useamman vaihtoehdon. 1. Astmaa 2. Allergisia sairauksia 3. Tyypin 1 diabetesta 4. Epilepsiaa
Anafylaktisen reaktion oireet	s. 16	12.	Mielestäni mahdollisia anafylaktisen reaktion oireita voivat olla Voit valita useamman vastausvaihtoehdon 1. Hiuspohjan sekä kämmenien kuumotus ja kutina 2. Nokkosihottuma 3. Äänen käheytyminen ja hengenahdistus 4. Pahoinvointi ja vatsakivut 5. Sokki eli verenkierron romahtaminen 6. En osaa sanoa, mikä/mitkä voisivat olla anafylaktisen reaktion oireita
Matalan verensokerin oireet eli insuliinituntemukset	s. 26	13.	Mielestäni mahdollisia alhaisen verensokerin oireita (insuliinituntemuksia) voivat olla Voit valita useamman vastausvaihtoehdon 1. Keskittymisvaikeudet ja väsymys 2. Kalpeus ja kylmänhikisyys 3. Päänsärky ja huimaus 4. Vapina 5. Nälän tunne 6. En osaa sanoa, mikä/mitkä voisivat olla alhaisen verensokerin oireita
Astmakohtauksen laukaisevat tekijät	s. 23	14.	Mielestäni mahdollisia astmakohtauksen laukaisevia tekijöitä voivat olla Voit valita useamman vastausvaihtoehdon 1. Hengitystieinfektiot esimerkiksi nuha tai yskä 2. Siite- ja huonepöly 3. Eläinpöly 4. Kuiva ja kylmä ilma sekä kova tuuli 5. Tupakan savu ja ilmansaasteet 6. En osaa sanoa, mikä/mitkä tekijät voisivat laukaista astmakohtauksen
Varhaiskasvatushenkilöstön kokemus lisäkoulutuksen hyödyllisyydestä lasten yleisimmistä pitkäaikaissairauksista	s. 13 - 14	19.	Kokisitko hyödylliseksi lisäkoulutuksen lasten pitkäaikaissairauksista ja niiden lääkehoidosta? Voit valita useamman vastaus vaihtoehdon 1. Kyllä, astmasta 2. Kyllä, allergisista sairauksista 3. Kyllä, tyypin 1 diabeteksesta 4. Kyllä, epilepsiasta 5. En koe tarvitsevani lisäkoulutusta lasten

			pitkäaikaissairauksista
Varhaiskasvatushenkilöstön oma kokemus lisäkoulutuksen hyödyllisyydestä pitkäaikaissairauksien hoitoon liittyvistä välineistä	s. 17, 22, 25, 28 - 30,	20.	<p>Haluaisin lisäkoulutusta seuraavista lasten pitkäaikaissairauksien hoitoon ja seurantaan liittyvistä hoitovälineistä ja -menettelyistä.</p> <p>Voit valita useamman vastausvaihtoehdon</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tilanjatkeista (babyhaler) ja jauheinhalaattoreista 2. Insuliinikynistä ja ruiskuista, insuliinipumpusta sekä verensokerimittareista 3. Hiilihydraattien ja insuliiniannoksien laskemisesta 4. Adrenaliinikynän, Epipen Juniorin käytöstä 5. Jostain muusta, mistä? 6. En koe tarvitsevani lisäkoulutusta pitkäaikaissairauksien hoitoon liittyvistä hoitovälineistä
Ensiaputilanteet liittyen lasten allergisiin sairauksiin, astmaan, tyypin 1 diabetekseen ja epilepsiaan			
Anafylaktisen reaktion ensiapu	s. 17	15.	<p>Yksi ryhmäsi lapsista saa ruokailutilanteessa anafylaktisen reaktion, ja tilanne kehittyy muutamassa minuutissa henkeä uhkaavaksi (lapsen hengitys on selkeästi vaikeutunut). Miten toimit ensiapuluontoisesti?</p> <p>Valitse vaihtoehdoista mielestäsi 2 asiaa, jotka tekisit ENSIMMÄISINÄ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soitan 112 ja tilaan ambulanssin 2. Annan lapselle antihistamiinitabletin 3. Pistän lapselle adrenaliinikynän, esimerkiksi Epipen Juniorin 4. Annan lapselle kortisonitabletin 5. Ilmoitan tilanteesta ensimmäisenä lapsen vanhemmille 6. En osaa sanoa, kuinka toimisin ensiapuluontoisesti
Astmakohtauksen ensiapu	s. 22 - 23	16.	<p>Ulkoilet tarhan pihalla astmaa sairastavan lapsen kanssa ja lapsella ilmenee astmakohtauksen oireita. Miten toimit ensiapuluontoisesti?</p> <p>Valitse vaihtoehdoista mielestäsi 2 tärkeintä asiaa, jotka tekisit ENSIMMÄISINÄ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Annan keuhkoputkia avaavaa lääkettä inhalaationa 2. Annan antihistamiinitabletin suun kautta 3. Annan astmatulehdusta hoitavaa kortisonilääkettä inhalaationa 4. Rauhoitan lapsen istumaan ja tarkkailen hänen hengitystä 5. Astmakohtaus laukeaa itsestään, joten tilanteeseen ei tarvitse reagoida 6. En osaa sanoa, kuinka toimisin ensiapuluontoisesti

Verensokerin laskun (insuliinituntemuksien) ensiapu	s. 26	17.	<p>Tyyppin 1 diabetesta sairastavalla lapsella on matalan verensokerin oireita (insuliinituntemuksia). Miten toimit ensiapuluontoisesti?</p> <p>Valitse vaihtoehtoista mielestäsi 2 tärkeintä asiaa, jotka tekisit ENSIMMÄISINÄ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mittaan lapsen verensokerin 2. Annan insuliinia ja tarkkailen lapsen vointia 3. Soitan 112 ja tilaan ambulanssin 4. Annan sokeripitoista mehua ja tarkkailen lapsen vointia 5. En osaa sanoa, kuinka toimisin ensiapuluontoisesti
Epilepsiakohtauksen ensiapu	s. 31 - 32	18.	<p>Epilepsiaa sairastava lapsi alkaa äkillisesti kouristella. Kouristelu kestää n. 2 minuuttia. Miten toimit ensiapuluontoisesti?</p> <p>Valitse vaihtoehtoista mielestäsi 2 tärkeintä asiaa, jotka kuuluvat epilepsiakohtauksen hoitoon</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soitan heti kohtauksen alkaessa ambulanssin 2. Pyrin estämään lapsen kouristelun 3. Yritän estää lasta vahingoittamasta itseään kouristuksen aikana 4. Kouristuksen jälkeen käännän lapsen kylkiasentoon ja varmistan, että ilmatiet ovat auki 5. En osaa sanoa, kuinka toimisin ensiapuluontoisesti
Yhteistyö pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa			
Tekijät, jotka vaikuttavat yhteistyöhön pitkäaikaissairaalla lapsen vanhempien kanssa	s. 32 - 34	21.	<p>21. Mielestäni yhteistyötä pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa on vaikeuttanut</p> <p>Voit valita useamman vastausvaihtoehdon</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sovittuja lapsikohtaisia palavereja ei ole järjestetty riittävästi tai ei ollenkaan 2. Vanhemman tullessa hakemaan lasta, hoitajalla ei ole riittävästi aikaa kertoa päivän tapahtumista 3. Vanhemmat eivät ole toimittaneet kirjallisia ohjeita lapsen sairauden hoidosta 4. Hoitotarvikkeiden toimittamisessa on ollut ongelmia 5. Vanhemmat eivät luota lasta hoitaviin työntekijöihin lapsen pitkäaikaissairauden hoidossa 6. Opastaminen lapsen hoitoon liittyvien hoitovälineiden käyttämisessä ei ole ollut riittävä 7. Mielestäni yhteistyö pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa on sujunut ongelmitta 8. Jokin muu asia, mikä?

Liite 4. Kyselylomake

Sairas lapsi päivähoidossa -kysely Kouvolan kaupungin päiväkotien
varhaiskasvatushenkilöstölle lasten yleisimmistä pitkäaikaissairauksista

*Kuvaileva tutkimus Kouvolan kaupungin varhaiskasvatushenkilöstön näkemyksistä lasten
pitkäaikaissairauksien hoidosta päiväkodissa*

Taustamuuttajat**1. Millä alueella työskentelet?**

1. Eteläinen
2. Keskinen
3. Pohjoinen

2. Ammattinimikkeeltäni olen?

1. Lastentarhanopettaja (amk tai yliopisto)
2. Lähihoitaja
3. Lastenhoitaja
4. Muu, mikä?

3. Kuinka kauan olet työskennellyt päiväkodissa?

1. 0 - 2 vuotta
2. 3 - 9 vuotta
3. yli 10 vuotta

4. Oletko hoitanut pitkäaikaissairasta lasta työurasi aikana?

Voit valita useamman vastausvaihtoehdon. Allergisilla sairauksilla tarkoitetaan allergista nuhaa, atooppista ihottumaa, Anafylaksiaa ja ruoka-aineyleherkkyyttä

1. Kyllä, allergista/allergisia sairauksia sairastavaa lasta
2. Kyllä, astmaa sairastavaa lasta
3. Kyllä, tyypin 1 diabetesta sairastavaa lasta
4. Kyllä, epilepsiaa sairastavaa lasta
5. En ole hoitanut pitkäaikaissairasta lasta työurani aikana

Päiväkotiympäristön ja organisaation antama tuki pitkäaikaissairaalan lapsen hoidossa

5. Oletko saanut työpaikkakohtaisen perehdytyksen päiväkodissa tapahtuvaan lääkehoitoon?

1. Kyllä, ja se on mielestäni ollut riittävää
2. Kyllä, mutta toivoisin lisäperehdytystä lääkehoitoon
3. En ole saanut perehdytystä lääkehoitoon

6. Olen tutustunut ryhmäni lasten henkilökohtaisiin lääkehoitosuunnitelmiin

1. Kyllä
2. En, mutta ryhmässäni on lapsi/lapsia, joilla on henkilökohtainen lääkehoitosuunnitelma
3. En, eikä ryhmässäni ei ole lasta/lapsia, joilla olisi henkilökohtainen lääkehoitosuunnitelma

7. Mielestäni pitkäaikaissairaahan lapsen henkilökohtainen lääkehoitosuunnitelma:

Valitse vaihtoehdoista ne, jotka mielestäsi parhaiten kuvaavat lapsen henkilökohtaista lääkehoitosuunnitelmaa. Voit valita useamman vaihtoehdon tai vastata kysymykseen avoimesti.

1. On hyödyllinen ja tärkeä osa lapsen hoitoa
2. Jää ajoittain laatimatta lapselle
3. Ei ole tärkeä osa lapsen hoitoa
4. Muutokset hoidossa jäävät usein päivittämättä suunnitelmaan
5. Jotakin muuta, mitä?

8. Onko työpaikallasi huomioitu pitkäaikaissairaahan lapsen hoitaminen henkilöstömitoituksessa tai lapsiryhmän koossa?

1. Kyllä
2. Ei, mutta mielestäni tulisi ottaa huomioon
3. Ei, eikä sille ole minusta tarvetta
4. Kyllä, mutta se ei aina toteudu (esim. hoitajan sairastuminen)

Varhaiskasvatushenkilöstön kokemus valmiuksistaan hoitaa lasten yleisimpiä pitkäaikaissairauksia

9. Parhaiten lasten pitkäaikaissairauksista koen osaavani hoitaa?

Voit valita useamman vaihtoehdon.

1. Astmaa
2. Allergisia sairauksia
3. Tyypin 1 diabetesta
4. Epilepsiaa

10. Huomioidaanko työpaikallasi seuraavia asioita ruoka-aine allergiaa sairastavan lapsen ruokailussa?

Voit valita useamman vastausvaihtoehdon. Dieettiruudalla tarkoitetaan allergiaruokavaliota.

1. Dieettiruoka jaetaan ensimmäisenä
2. Dieettiruokiin varataan omat ottimet
3. Mahdollisuus, että ruoka-aine allergiaa sairastava lapsi ottaa ruokaa toisen lapsen lautaselta, minimoidaan ruokailutilanteissa
4. Vanhemmilta tarkistetaan ajoittain allergiadieettien ajantasaisuus
5. Selvitetään, voiko ristiallergian takia vihanneksista/hedelmistä oireita saava lapsi syödä vihanneksia/hedelmiä kypsennettynä

11. Liikunta on tärkeä osa kaikkien lasten elämää. Huomioidaanko työpaikallasi mielestäsi diabetes- ja astmalasten perussairaus liikuntatilanteissa?

Voit valita useamman vastausvaihtoehdon tai vastata kysymykseen avoimesti.

1. Kyllä, diabeteslasten kohdalla (liikunta voi laskea verensokeriarvoja)
2. Kyllä, astmalasten kohdalla (liikunta voi pahentaa astmaoireita)
3. Mielestäni lapsen perussairautta ei huomioida liikuntatilanteissa
4. Kyllä, miten?

12. Mielestäni mahdollisia anafylaktisen reaktion oireita voivat olla

Voit valita useamman vastausvaihtoehdon

1. Hiuspohjan sekä kämmenien kuumotus ja kutina
2. Nokkosihottuma
3. Äänen käheytyminen ja hengenahdistus
4. Pahoinvointi ja vatsakivut
5. Sokki eli verenkierron romahtaminen
6. En osaa sanoa, mikä/mitkä voisivat olla anafylaktisen reaktion oireita

13. Mielestäni mahdollisia alhaisen verensokerin oireita (insuliinituntemuksia) voivat olla

Voit valita useamman vastausvaihtoehdon

1. Keskittymisvaikeudet ja väsymys
2. Kalpeus ja kylmänhikisyys
3. Päänsärky ja huimaus
4. Vapina
5. Nälän tunne
6. En osaa sanoa, mikä/mitkä voisivat olla alhaisen verensokerin oireita

14. Mielestäni mahdollisia astma-kohtauksen laukaisevia tekijöitä voivat olla

Voit valita useamman vastausvaihtoehdon

1. Hengitystieinfektiot esimerkiksi nuha tai yskä
2. Siite- ja huonepöly
3. Eläinpöly
4. Kuiva ja kylmä ilma sekä kova tuuli
5. Tupakan savu ja ilmansaasteet
6. En osaa, sanoa, mikä/mitkä tekijät voisivat laukaista astma-kohtauksen

Ensiaputilanteet liittyen lasten allergisiin sairauksiin, astmaan, tyypin 1 diabetekseen ja epilepsiaan

15. Yksi ryhmäsi lapsista saa ruokailutilanteessa anafylaktisen reaktion, ja tilanne kehittyy muutamassa minuutissa henkeä uhkaavaksi (lapsen hengitys on selkeästi vaikeutunut). Miten toimit ensiapuluontoisesti?

Valitse vaihtoehdoista mielestäsi 2 asiaa, jotka tekisit **ENSIMMÄISINÄ**

1. Soitan 112 ja tilaan ambulanssin
2. Annan lapselle antihistamiinitabletin
3. Pistän lapselle adrenaliinikynän, esimerkiksi Epipen Juniorin
4. Annan lapselle kortisonitabletin
5. Ilmoitan tilanteesta ensimmäisenä lapsen vanhemmille

6. En osaa sanoa, kuinka toimin ensiapuuntoisesti

16. Ulkoilet tarhan pihalla astmaa sairastavan lapsen kanssa ja lapsella ilmenee astma-kohtauksen oireita. Miten toimit ensiapuuntoisesti?

Valitse vaihtoehdoista mielestäsi 2 tärkeintä asiaa, jotka tekisit **ENSIMMÄISINÄ**

1. Annan keuhkoputkia avaavaa lääkettä inhalaationa
2. Annan antihistamiinitabletin suun kautta
3. Annan astmatulehdusta hoitavaa kortisoniläkettä inhalaationa
4. Rauhoitan lapsen istumaan ja tarkkailen hänen hengitystä
5. Astma-kohtaus laukeaa itsestään, joten tilanteeseen ei tarvitse reagoida
6. En osaa sanoa, kuinka toimin ensiapuuntoisesti

17. Tyypin 1 diabetesta sairastavalla lapsella on matalan verensokerin oireita (insuliinituntemuksia). Miten toimit ensiapuuntoisesti?

Valitse vaihtoehdoista mielestäsi 2 tärkeintä asiaa, jotka tekisit **ENSIMMÄISINÄ**

1. Mittaan lapsen verensokerin
2. Annan insuliinia ja tarkkailen lapsen vointia
3. Soitan 112 ja tilaan ambulanssin
4. Annan sokeripitoista mehua ja tarkkailen lapsen vointia
5. En osaa sanoa, kuinka toimin ensiapuuntoisesti

18. Epilepsiaa sairastava lapsi alkaa äkillisesti kouristella. Kouristelu kestää n. 2 minuuttia. Miten toimit ensiapuuntoisesti?

Valitse vaihtoehdoista mielestäsi 2 tärkeintä asiaa, jotka kuuluvat epilepsia-kohtauksen hoitoon

1. Soitan heti kohtauksen alkaessa ambulanssin
2. Pyrin estämään lapsen kouristelun
3. Yritän estää lasta vahingoittamasta itseään kouristuksen aikana
4. Kouristuksen jälkeen käännän lapsen kylkiasentoon ja varmistan, että ilmatiet ovat auki
5. En osaa sanoa, kuinka toimin ensiapuuntoisesti

19. Kokisitko hyödylliseksi lisäkoulutuksen lasten pitkäaikaissairauksista ja niiden lääkehoidosta?

Voit valita useamman vastausvaihtoehdon

1. Kyllä, astmasta
2. Kyllä, allergisista sairauksista
3. Kyllä, tyypin 1 diabeteksestä
4. Kyllä, epilepsiasta
5. En koe tarvitsevani lisäkoulutusta lasten pitkäaikaissairauksista

20. Haluaisin lisäkoulutusta seuraavista lasten pitkäaikaissairauksien hoitoon ja seurantaan liittyvistä hoitovälineistä ja -menettelyistä.

Voit valita useamman vastausvaihtoehdon

1. Tilanjatkeista (babyhaler) ja jauheinhalaattoreista
2. Insuliinikynistä ja ruiskuista, insuliinipumpusta sekä verensokerimittareista
3. Hiilihydraattien ja insuliiniannoksien laskemisesta
4. Adrenaliinikynän, Epipen Juniorin käytöstä
5. Jostain muusta, mistä?
6. En koe tarvitsevani lisäkoulutusta pitkäaikaissairauksien hoitoon liittyvistä hoitovälineistä

Yhteistyö pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa

21. Mielestäni yhteistyötä pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa on vaikeuttanut

Voit valita useamman vastausvaihtoehdon

1. Sovittuja lapsikohtaisia palavereja ei ole järjestetty riittävästi tai ei ollenkaan
2. Vanhemman tullessa hakemaan lasta, hoitajalla ei ole riittävästi aikaa kertoa päivän tapahtumista
3. Vanhemmat eivät ole toimittaneet kirjallisia ohjeita lapsen sairauden hoidosta
4. Hoitotarvikkeiden toimittamisessa on ollut ongelmia
5. Vanhemmat eivät luota lasta hoitaviin työntekijöihin lapsen pitkäaikaissairauden hoidossa
6. Opastaminen lapsen hoitoon liittyvien hoitovälineiden käyttämisessä ei ole ollut riittävää
7. Mielestäni yhteistyö pitkäaikaissairaiden lasten vanhempien kanssa on sujunut ongelmitta
8. Jokin muu asia, mikä?

Liite 5. Saatekirje

Hei!

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta ja kartoitamme opinnäytetyönämme Kouvolan päiväkotihenkilöstön kokemusta lasten yleisimpien pitkäaikaissairauksien hoidosta ja mahdollista lisäkoulutuksen tarvetta aiheesta. Olemme anoneet tutkimusluvan Helena Kuusistolta ja hän on lähettänyt tutkimusluvan teille sähköpostitse 31.1.2014. Kysely on tarkoitettu lähetettäväksi vakituksessa työsuhteessa oleville ja pidempiä sijaisuuksia tekeville työntekijöille. Varsinainen linkki kyselyyn on tarkoitettu vain työntekijöiden avattavaksi (mikäli joku muu kuin työntekijä avaa linkin, kirjautuu se tuloksia vääristävänä tekijänä tutkijoiden raporttiin). Alla on virallinen sähköposti, joka tulisi lähettää edelleen päiväkodin varhaiskasvatushenkilöstölle. Tästä linkistä <http://zef.kyamk.fi/player/?q=615-b7zb3bcz> kyselyä voi tarkastella vaikuttamatta todelliseen vastaajamäärään tai tutkimustuloksiin.

Tee näin:

1. Pyyhi punainen teksti (sekä ylempi linkki) pois
2. Lähetä jäljelle jäävä viesti edelleen työntekijöille
3. Tutkimuksen kannalta on tärkeää tietää kyselyn kokonaisotos -> Vastaa paluuviestinä tutkijoille, kuinka monelle työntekijälle lähetit kyselyn

Lämpimät kiitokset yhteistyöstä!

Elli-Ilona Pallaskallio, XXXXXXXXXX, elli-ilona.oksanen@student.kyamk.fi

&

Susa Perätalo, XXXXXXXXXX, susa.hakamies@student.kyamk.fi

Arvoisa vastaanottaja

Päivähoidossa yhä useampi lapsi sairastaa lasten pitkäaikaissairauksia kuten astmaa, allergisia sairauksia, tyypin 1 diabetesta ja epilepsiaa. Nyt Kouvolan kaupungissa halutaan kartoittaa päiväkotihenkilöstön kokemusta lasten yleisimpien pitkäaikaissairauksien hoidosta päiväkodissa ja mahdollista lisäkoulutuksen tarvetta aiheesta.

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta ja toteutamme kartoituksen opinnäytetyönämme. Kartoitus toteutetaan sähköisenä kyselynä. Tutkimusluvan on myöntänyt varhaiskasvatuspäällikkö Helena Kuusisto.

Kyselyyn vastaaminen on nimetöntä ja vapaaehtoista. Kyselyjen vastaukset palautuvat suoraan tutkijoille, ja vain tutkijat näkevät vastauksenne. Tutkijat hävittävät aineiston analysoituaan sen. Henkilökohtaisia tunnistetietoja ei kyselyssä kysytä eikä yksittäistä vastaajaa voida tunnistaa vastauksen perusteella.

Pyydämme Teitä täyttämään tämän sähköisen kyselyn 20.3.2014 mennessä. Jokaisen työntekijän vastaus on tärkeä, jotta tutkimus kartoittaisi mahdollisimman tarkasti ”kentän tilannetta”.

Ohje kyselyn vastaamiseen

1. Vastaaminen tapahtuu hiirellä työskennellen
2. Voit muuttaa vastauksiasi klikkaamalla kysymystä kysymyslistasta ja vastaamalla uudelleen
3. Voit keskeyttää vastaamisen jatkaaksesi myöhemmin painamalla vastausruudun oikeassa yläkulmassa olevaa Keskeytä-nappia

Kyselyyn vastaaminen kestää noin 10 - 15 minuuttia. Vastaamisen voit aloittaa klikkaamalla seuraavaa linkkiä tai kopioimalla linkin Internet-selaimen osoiteriville:

<http://zef.kyamk.fi/player/?q=615-ccc77cz>

Lämpimät kiitokset yhteistyöstä ja hyvää kevään jatkoa!

Elli-Ilona Pallaskallio ja Susa Perätalo

Vastaamme mielellämme tutkimusta koskeviin kysymyksiinne:

Elli-Ilona Pallaskallio, XXXXXXXXXX, elli-ilona.oksanen@student.kyamk.fi

tai

Susa Perätalo, XXXXXXXXXX, susa.hakamies@student.kyamk.fi

Liite 6. Tutkimuslupa

Kouvolan kaupunki

Hyvinvointipalvelut

Kasvun ja oppimisen sekä lapsiperheiden tukeminen

Palvelupäällikkö Helena Kuusisto

Viranhaltijapäätös

Yleinen päätös

31.1.2014

1 §

Tutkimuslupa/ Perätaalo ja Pallaskallio**Selostus asiasta**

Kymenlaakson ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoiden Susa Perätalon ja Elli-Ilona Pallaskallion opintoihin liittyy opinnäytetyön tekeminen. Susa Perätalon ja Elli-Ilona Pallaskallion opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa päiväkotien henkilöstön tietotaitoa astman, allergian, diabeteksen ja epilepsian suhteen. Tutkimusaineisto kerätään sähköisenä kyselynä päiväkotien henkilöstölle.

Tutkimusaineisto ei sisällä henkilöstön tunnistetietoja. Tutkimus valmistuu vuoden 2014 loppuun mennessä.

Päätös

Myönnän tutkimusluvan Kymenlaakson ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijat Susa Perätalolle ja Elli-Ilona Pallaskalliolle

Päätöksen perustelu

Varhaiskasvatus saa käyttöönsä tutkimuksen tulokset.



Palvelupäällikkö Helena Kuusisto

Jakelu

Susa Perätaalo
Elli-Ilona Pallaskallio
päiväkodin johtajat
palvelualueen esimiehet